

# **UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN**

**Departamento de Didáctica y Organización Escolar**



## **TESIS DOCTORAL**

**La formación de profesionales de la educación en comunidades  
terapéuticas en el campo de Gibraltar  
Análisis y propuesta de intervención formativa en educación en valores  
y ciudadanía**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Gabriel González Manzanares**

**Directores**

**Antonio Monclús Estella  
Carmen Saban Vera**

**Madrid, 2014**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



FACULTAD DE EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR

**LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA  
EDUCACIÓN EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN  
EL CAMPO DE GIBRALTAR. ANÁLISIS Y PROPUESTA  
DE INTERVENCIÓN FORMATIVA EN EDUCACIÓN EN  
VALORES Y CIUDADANÍA**

**TESIS DOCTORAL**

Doctorando:

**Gabriel González Manzanares**

Directores:

**Antonio Monclús Estella**

**Carmen Saban Vera**

**Madrid, 2013**



## ***Agradecimientos***

A mis Directores, al Dr. Antonio Monclús Estella y a la Dra. Carmen Sabán Vera, por darme la posibilidad de hacer realidad mi vuelta al mundo universitario, por avivar en mi el interés por la Educación, por adentrarme en el mundo de las Ciencias Sociales, por estimular continuamente mi esfuerzo y por permitirme no sólo aprender de ellos como académicos, sino aún de manera más importante, como personas. Gracias por vuestras enseñanzas.

A Emilia Bautista Aragón, amiga y pedagoga, quien desde el cariño de muchos años, alentó mi interés por la pedagogía en las adicciones, de la que deriva esta tesis doctoral y a Marco A. Martínez Barreno, casi un hermano, quien ayudó a superar todo el proceso de elaboración gráfica de la presente tesis.

A los profesionales de las Comunidades Terapéuticas del Campo de Gibraltar, a quienes quisieron colaborar en la investigación y a quienes no lo hicieron. A todos ellos, gracias por abrirme las puertas de sus centros de trabajo, por dedicarme el tiempo que dispusieron y por hacerme ver de nuevo la realidad de las adicciones, desde la cercanía de quien convive con ella.

A los residentes, a los usuarios de los dispositivos asistenciales, a todos los que intentaron ayudarme, a todos ellos que desde su mirada,

desde su silencio, hacen fuerte y persistente mi interés en las adicciones a pesar del paso de los años y de la realidad ingrata de su existencia en mi entorno comunitario.

A Antonio Escobar Ruiz, Presidente de la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida Enlace, primer responsable de hacerme ver “otra realidad” en las adicciones, “otra mirada”, por ser quien me hizo entender que “otra visión” era posible y con quien durante muchos años uní mis esfuerzos buscando la dignificación de la persona adicta. Gracias Antonio por los años de aprendizaje a tu lado.

Por último, y en el recuerdo, gracias a mi padre y a mi madre, quienes serían enormemente felices si hubiesen podido estar presentes en esta defensa de tesis doctoral. Gracias al espíritu de esfuerzo y sacrificio silencioso por ellos en mi inculcado, hoy este sueño es ya una realidad.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	11
<b>2. CONTEXTUALIZACIÓN</b>	39
2.1. Marco geográfico: Campo de Gibraltar; marco temporal: 2002-2008	41
2.2. Marco Normativo	53
2.2.1. Los referentes del marco normativo	57
2.2.2. La Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)	60
2.2.3. Conclusiones planteadas en la evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)	64
2.2.3.1. Conclusiones en el ámbito escolar dentro del Área de Prevención	64
2.2.3.2. Conclusiones en el área de prevención en la Comunidad	65
2.2.3.3. Conclusiones en el área de asistencia en la Comunidad	66
2.2.3.4. Conclusiones en relación a la integración sociolaboral del Drogodependiente	66
2.2.3.5. Conclusiones en el área de la reducción de daños en la Comunidad	68
2.2.4. El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)	74
2.2.5. El Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar	87
2.3. Marco Teórico	95
2.3.1. La educación como proceso permanente	95
2.3.1.1. La educación permanente y la educación fuera del sistema	95
2.3.1.2. La educación permanente y el pensamiento utópico	102
2.3.2. Importancia de la Educación Permanente. Educación Inclusiva	111
2.3.2.1. La educación inclusiva como objetivo. La educación permanente como proceso hacia la inclusión	116
2.3.2.2. Educación inclusiva e Innovación educativa	124
2.3.3. Evolución en la intervención terapéutica. Comparación con otros educandos institucionalizados	128
2.3.4. Educación en Valores y Educación para la Ciudadanía en el marco de la Educación Permanente	141
2.3.4.1. La educación en valores y los pilares de la educación	146
2.3.4.2. Sociología de la educación y la educación en valores	154
2.3.5. Educación para la Ciudadanía	158
2.3.5.1. Un modelo pedagógico para una ciudadanía activa	165
2.3.6. Condiciones para una Educación en Valores y para la Ciudadanía	174
2.3.6.1. Ciudadanía, dignificación y participación. Diálogo y conflicto	177
2.3.6.2. Liderazgo y educación	180
2.3.7. La Comunidad Terapéutica, como modelo educativo fuera del Sistema	185
2.3.7.1. Los referentes del marco legislativo educativo español y la educación inclusiva	192
2.3.7.2. Comunidades Terapéuticas. Un ejemplo de educación fuera del sistema educativo	198
2.3.8. La labor educativa en el marco de la Comunidad Terapéutica y otros recursos asistenciales	201
2.3.9. La pedagogía invisible dentro de las Comunidades Terapéuticas. El educador como comunicador del proceso de cambio	208
2.3.9.1. La figura del educador. La educación transformadora	218
2.3.9.2. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Un modelo dinámico para un proceso de cambio	224
2.3.10. El acceso a la formación para profesionales en el marco de las adicciones	230

<b>3. REVISIÓN DE LA EVOLUCIÓN FORMATIVA EN PROFESIONALES EN LA RED ANDALUZA</b>	241
3.1. Plan de formación 2002	245
3.2. Plan de formación 2003	247
3.3. Plan de formación 2004	251
3.4. Plan de formación 2005	254
3.5. Plan de formación 2006	256
3.6. Plan de formación 2007	258
3.7. Plan de formación 2008	260
3.8. Plan de formación 2009	261
<b>4. MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	267
4.1. Investigación y metodología en Ciencias Sociales	269
4.2. Pautas para una investigación educativa	275
<b>5. DISEÑO DE LA HERRAMIENTA, UNIVERSO Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN.</b>	281
5.1. Diseño, objetivos y características del cuestionario	289
5.1.1. Objetivos del cuestionario	296
5.1.1.1. Cuestionario para profesionales	297
5.1.1.2. Cuestionario para usuarios	298
5.2. Universo y ámbitos de aplicación del cuestionario	299
5.3. Diseño del cuestionario	302
5.3.1. Estructura.	302
5.3.2. Cuestionario para profesionales	303
5.3.2.1. Modelo de cuestionario para profesionales	304
5.3.3. Cuestionario para usuarios.	313
5.3.3.1. Modelo de cuestionario para usuarios	315
<b>6. INTERPRETACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN</b>	323
6.1. Resultados obtenidos con el cuestionario para profesionales	
Valoración e interpretación cuantitativa de los resultados	325
6.1.1. Edad	325
6.1.2. Sexo	327
6.1.3. Titulación académica	328
6.1.4. Titularidad del centro de trabajo	329
6.1.5. Puesto de trabajo	331
6.1.6. Antigüedad en el puesto de trabajo	332
6.1.7. Duración de la jornada laboral	334
6.1.8. Experiencia laboral con personas adictas	335
6.1.9. Experiencia laboral en puesto similar	336
6.1.10. Nivel de satisfacción en la actividad profesional	338
6.1.11. Inquietudes profesionales según población atendida	339
6.1.12. Preferencias de los profesionales por otros sectores de actuación	351
6.1.13. Formación previa en adicciones	353
6.1.14. Intervención directa con personas adictas	354
6.1.15. Relevancia del contenido educativo en el proceso terapéutico	355
6.1.16. Campos de actuación educativa	358
6.1.17. Evaluación de la acción educativa. Prioridades establecidas	365
6.1.18. Tiempo dedicado a terapia ocupacional	374
6.1.19. Suficiencia de la terapia ocupacional	376
6.1.20. Importancia de la educación en valores	377

6.1.21. Suficiencia y adecuación de la educación en valores	379
6.1.22. Importancia de la educación para la ciudadanía	380
6.1.23. Suficiencia y adecuación de la educación para la ciudadanía	383
6.1.24. Relación contenido teórico/práctico en valores y ciudadanía en la intervención directa con el educando adicto	385
6.1.25. Formación continua en adicciones	387
6.1.26. Carácter suficiente y adecuado de la formación continua en adicciones	389
6.1.27. Formación continua en ciudadanía	392
6.1.28. Carácter suficiente y adecuado de la formación continua en ciudadanía	392
6.1.29. Formación continua en educación en valores	394
6.1.30. Carácter suficiente y adecuado de la formación continua en valores	395
6.1.31. Necesidades formativas en relación a la actividad profesional	397
6.1.32. Necesidades formativas en valores y ciudadanía	402
6.1.33. Importancia de la educación para la integración social del Usuario	403
6.2. Resultados obtenidos con el cuestionario para usuarios. Valoración e interpretación cuantitativa de los resultados.	405
6.2.1. Edad	406
6.2.2. Sexo	409
6.2.3. Formación académica	410
6.2.4. Tiempo de consumo	411
6.2.5. Titularidad del centro	413
6.2.6. Número de ingresos en los últimos cinco años	414
6.2.7. Recaídas en los últimos cinco años	416
6.2.8. Finalización del programa terapéutico	418
6.2.9. Altas terapéuticas obtenidas	419
6.2.10. Problemas legales asociados a la adicción	421
6.2.11. Situación de privación de libertad	423
6.2.12. Participación en actividades educativas	424
6.2.13. Utilidad de las actividades educativas	425
6.2.14. Preferencia manifestada sobre los profesionales	427
6.2.15. Validez de las actividades	433
6.2.16. Importancia asignada a las áreas de intervención	434
6.2.17. Orientación de las actividades educativas	438
6.2.18. Inserciones laborales conseguidas en los últimos cinco años	439
6.2.19. Inserción laboral como objetivo	441
6.2.20. Utilidad de la formación recibida en la actividad laboral futura	442
6.2.21. Conocimiento del concepto Valores	444
6.2.22. Presencia de la formación en valores en las actividades	445
6.2.23. Conocimiento del concepto Ciudadanía	446
6.2.24. Presencia de la formación en Ciudadanía en las actividades	446
6.2.25. Preferencias sobre la ubicación de la comunidad terapéutica	447
6.2.26. Correlación entre comunidad terapéutica en medio urbano e incorporación social	449
6.2.27. Correlación entre comunidad terapéutica en medio rural e incorporación social	450
6.2.28. Conocimiento de derechos y participación activa comunitaria	451
6.2.29. Uso responsable por los usuarios de los derechos como ciudadano activo	453
6.2.30. Uso responsable de los derechos como ciudadano frente a episodios de recaídas	454



6.2.31. Importancia y utilidad asignada a las áreas de intervención del Programa terapéutico	455
6.2.32. Correspondencia entre áreas de intervención y contenidos de educación en valores y de educación para la ciudadanía	459
6.3. Valoración e interpretación de los resultados cualitativos obtenidos de la aplicación de la herramienta de investigación en profesionales y usuarios	466
6.3.1. Cuestionario para profesionales	467
6.3.1.1. Tipo de formación previa que disponían los profesionales	467
6.3.1.2. Reflejo de los conocimientos en valores y ciudadanía en usuarios adictos	468
6.3.1.3. Formación continua en adicciones recibida	470
6.3.1.4. Formación continua recibida en materia de ciudadanía	471
6.3.1.5. Formación continua en educación en valores recibida	471
6.3.2. Cuestionario para usuarios	472
6.3.2.1. Actividades educativas en las que ha participado	472
6.3.2.2. Contenidos aprendidos en las actividades educativas realizadas	473
6.3.2.3. Actividades válidas bajo apreciación de los usuarios	475
6.3.2.4. Explicación realizada del concepto Valores	476
6.3.2.5. Explicación realizada del concepto Ciudadanía	479
6.3.2.6. Justificación elección efectuada relativa a la ubicación del recurso asistencial	481
6.4. Valoración y análisis de los resultados. Pruebas Chi-cuadrado	484
6.4.1. Contingencias valoradas en profesionales	485
6.4.1.1. Antigüedad profesional frente a nivel de satisfacción	485
6.4.1.2. Antigüedad profesional frente a cambio de actividad profesional	486
6.4.1.3. Antigüedad profesional frente a formación inicial	487
6.4.1.4. Puesto de trabajo, atención directa al usuario y contenido educativo	488
6.4.1.5. Suficiencia de contenidos educativos frente a importancia terapéutica en valores y ciudadanía	488
6.4.1.6. Formación continua en adicciones frente a formación en valores y ciudadanía	490
6.4.2. Contingencias analizadas en usuarios. Valoración general	491
<b>7. CONCLUSIONES GENERALES Y PLANTEAMIENTO PARA UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN FORMATIVA</b>	495
7.1. Conclusiones obtenidas del análisis de la evolución de la formación de los profesionales de la educación en las comunidades terapéuticas	497
7.2. Conclusiones sobre el diseño, aplicación y resultados de la herramienta de investigación	513
7.2.1. Conclusiones elaboradas para profesionales	516
7.2.2. Conclusiones elaboradas para usuarios.	520
7.3. Conclusiones y aportaciones a tener en cuenta a la hora de elaborar una propuesta de intervención formativa	524
7.3.1. Objetivos inspiradores de una nueva propuesta formativa basada en Valores y Ciudadanía	534
7.3.2. Contenidos de la propuesta formativa	535
7.3.3. Metodología	536
7.3.4. Evaluación de la propuesta formativa	537
<b>8. BIBLIOGRAFÍA GENERAL, WEBGRAFÍA Y NORMATIVA ESPECÍFICA DE DROGAS</b>	541
8.1. Bibliografía	543

8.2. Webgrafía	564
<b>9.-ANEXOS</b>	569
9.1. Contingencias Profesionales	571
9.1.1. Antigüedad frente a nivel de satisfacción	572
9.1.2. Antigüedad frente a cambio sector población atendido	573
9.1.3. Antigüedad frente formación inicial	574
9.1.4. Antigüedad frente a nivel de satisfacción	575
9.1.5. Antigüedad (3 años) frente sector población atendido	576
9.1.6. Antigüedad (3 años) frente formación previa	577
9.1.7. Puesto de trabajo desempeñado frente atención directa	578
9.1.8. Puesto de trabajo desempeñado frente contenido educativo relevante	580
9.1.9. Suficiencia intervención educativa en valores frente orden asignado a valores y ciudadanía	582
9.1.10. Suficiencia intervención educativa en ciudadanía frente orden asignado a valores y ciudadanía	583
9.1.11. Conocimientos previos en valores y ciudadanía frente atención directa	585
9.1.12. Formación específica adicciones frente formación en ciudadanía	586
9.1.13. Formación específica adicciones frente formación en valores	587
9.1.14. Formación específica adicciones frente orden asignado a valores y ciudadanía	588
9.1.15. Formación específica ciudadanía frente orden asignado a valores y ciudadanía	589
9.1.16. Formación específica ciudadanía frente necesidad de implantación	590
9.1.17. Formación específica valores frente orden asignado a valores y ciudadanía	591
9.1.18. Formación específica adicciones frente necesidad de implantación	592
9.2. Contingencias Usuarios	594
9.2.1. Número ingresos últimos 5 años frente número de recaídas en los últimos 5 años	594
9.2.2. Número recaídas en los últimos 5 años frente finalización del programa terapéutico	595
9.2.3. Número recaídas últimos 5 años frente al número de altas terapéuticas	596
9.2.4. Participación en actividades educativas frente utilidad de las mismas	597
9.2.5. Validez de las actividades educativas frente a orientación de las mismas	598
9.2.6. Orden asignado al área psicológica frente orientación de las actividades educativas	599
9.2.7. Orden asignado al área educativa frente orientación de las actividades educativas	601
9.2.8. Utilidad de los procesos formativos frente número de inserciones laborales	602
9.2.9. Conocimiento del término valores frente al conocimiento del término Ciudadanía	604
9.2.10. Conocimiento del término valores frente al conocimiento de derechos cívicos y participación activa en la comunidad	605
9.2.11. Conocimiento del término valores frente al uso responsable de derechos al finalizar el proceso terapéutico	606
9.2.12. Conocimiento del término valores frente a la existencia de una recaída	607
9.2.13. Conocimiento del término ciudadanía frente al conocimiento de Derechos	608
9.2.14. Conocimiento del término valores frente al uso responsable de Derechos	609

9.2.15. Conocimiento del término valores frente a la existencia de una recaída	610
9.2.16. Conocimiento del término valores y ciudadanía frente uso de derechos	611
9.2.17. Conocimiento del término valores y ciudadanía frente uso de derechos al finalizar el proceso terapéutico	613
9.2.18. Conocimiento de derechos ciudadanos frente al uso de los mismos	615
9.2.19. Conocimiento de derechos ciudadanos frente al uso de los mismos ante una recaída	617



# **CAPÍTULO 1:**

## **INTRODUCCIÓN**





El origen del presente estudio surge de la inquietud de dar respuesta a los numerosos “fracasos” que, en la trayectoria vital de quien suscribe estas palabras, ha ido encontrando, cuando de una forma directa o indirecta, pero siempre activa, ha participado en el “deseo” de contribuir a construir un nuevo “escenario vital” para ese conjunto de ciudadanos que mantienen una conducta adictiva en nuestra comunidad global.

Esa trayectoria personal se inicia con un conocimiento puramente científico, farmacológico, de las sustancias y que ha ido trasladándose paulatinamente a un conocimiento psicológico, para abordar al ciudadano adicto desde un enfoque sistémico, logrando o no una modificación conductual en el mismo. Una pretendida modificación de su conducta adictiva como objetivo. Pero, aun manteniéndose dentro de las líneas estratégicas de actuación en el campo de las Ciencias de la Salud, debe finalmente derivar a la necesidad de introducir un elemento, un pilar, la intervención educativa, la cual entendemos debe ser claramente potenciada dentro de cualquier estrategia terapéutica. Y todo ello sin menospreciar ninguno de los esfuerzos realizados tanto en el campo de la innovación farmacológica, como de los avances en el campo de la psicología a lo largo de este tiempo.

Por ello planteamos la necesidad de valorar cual era la formación que disponían previamente o han recibido durante su ejercicio profesional los distintos actores que desarrollan su actividad laboral vinculada al tratamiento de personas con conductas adictivas. Nos centramos en un modelo concreto de recurso, las Comunidades Terapéuticas, al ser el que en mayor medida



podemos asimilar, buscar puntos en común con el recurso educativo por excelencia, la escuela, con el centro del sistema educativo reglado. Todo ello se ha realizado en un ámbito geográfico concreto, el Campo de Gibraltar. Dicha ubicación geográfica vendrá motivada por razones de oportunidad física y por justificaciones geográficas y sociológicas en cuanto al fenómeno del consumo de drogas. Nos preocuparemos de conocer esta formación porque, considerando los conocimientos adquiridos por los profesionales y ofertados por la Administración Pública de la que dependen, podremos ver hacia donde se dirigen los esfuerzos económicos que son invertidos en materia formativa, y si estos posteriormente se verán reflejados o no en los objetivos de su labor “educativa” cotidiana. Por lo tanto en el éxito o fracaso terapéutico, resultado reflejado en los consumidores-educandos y su papel en la comunidad.

Damos por tanto un valor fundamental a la Educación, a la formación de los profesionales, a la Educación Permanente a lo largo de toda la vida, personal y profesional. Asimismo, nos apoyamos en los pilares de la educación definidos por Jaques Delors, especialmente en los referidos a Aprender a conocer y Aprender a hacer, para que a través de ellos, por medio del trabajo de los profesionales, consigamos unos objetivos en los ciudadanos-educandos con problemas de adicción y consigamos profundizar en los otros pilares, Aprender a ser y Aprender a vivir juntos, fundamentales a nuestro entender en el proceso terapéutico del usuario del recurso asistencial, en el usuario-educando. Y por último buscar la “utopía” de la transformación del mundo en el que vivimos, en el que viven los usuarios y los profesionales, transformar la realidad, trabajar en el quinto pilar de la Educación, desde un entorno educativo no formal.

Podemos por tanto iniciar esta investigación manifestando que el consumo de drogas y sus consecuencias personales, sociales y económicas y por tanto comunitarias, continúa a día de hoy siendo uno de los temas que preocupan a los ciudadanos. De hecho, es percibido por éstos como una amenaza social, aunque cada día que pasa, se encuentra más eclipsada por otros asuntos emergentes mucho más “inquietantes”. Y este carácter de amenaza social persistente que acompaña a las adicciones es puesto de

manifiesto mediante las numerosas y distintas demandas que en las instituciones publicas, servicios sociales locales, provinciales y autonómicos, comunitarios o especializados, continúan generándose.

También podemos afirmar que no constituye a día de hoy un problema esencial en la población, no ocupa las primeras posiciones en las demandas ciudadanas, en las necesidades en los tiempos que vivimos, pero siguen estando presentes. Continúan siendo demandas calladas, adormecidas o aletargadas, pero persistentes aun el paso del tiempo, de los esfuerzos realizados, de la red o redes asistenciales creadas y de las importantes inversiones presupuestarias llevadas a cabo durante años.

Si tomamos como última referencia los datos obtenidos y publicados por el Centro de Investigaciones Sociológicas referidos al Barómetro del mes de Octubre de 2012, observamos cómo en el estudio número 2960 con un universo constituido por 2484 personas encuestadas y ante la pregunta “¿Cuál es el principal problema que existe en España?”, las drogas como tal, tan sólo suponen a esta fecha un 0.4% del total de las respuestas emitidas. Ante ello, podemos pensar que han dejado de ser motivo de inquietud en la población el consumo de sustancias adictivas y sus consecuencias, que ya no existe alarma social ante ellas y forman parte del “paisaje” comunitario, sin ser motivo de preocupación. Por el contrario, también es posible plantearnos que, una vez superados esos primeros momentos de alarma social y visto el carácter “crónico” que presenta desde un punto de vista legal y socio-sanitario, tal y como en la normativa andaluza viene recogido por ejemplo, las drogas en sí o mejor dicho, las drogodependencias, no constituyen ya un objetivo a cubrir, al menos con la misma trascendencia y prioridad que en épocas anteriores.

Centramos el marco temporal del estudio en el periodo comprendido entre 2002 y 2009, aunque más adelante veremos cuáles han sido las razones que justificarán este periodo analizado. Podemos avanzar en este momento, siguiendo el estudio anteriormente citado del Centro de Investigaciones Sociológicas, los siguientes hechos: el barómetro correspondiente al mes de diciembre de 2001, expectativas del 2002, inicio de nuestro análisis, establecía

que en una muestra constituida por 2489 entrevistas (idéntica a la correspondiente a la del año 2012 antes mencionada) y ante la misma pregunta formulada, las drogas constituían el principal problema en la sociedad española para 15.4% de las respuestas ofrecidas por los entrevistados, mientras que en el barómetro de diciembre de 2009 presentaba el 1.9% de las respuestas favorables a su consideración como principal problema. Esta caída porcentual como preocupación fundamental puede inducirnos a pensar que deja de ser importante su consideración como problema porque deja de estar presente en la sociedad con una relevancia significativa. O bien, su presencia está tan enmascarada ya que deja de ser “molesta” socialmente, o quizás venga motivado por un potencial acierto en las políticas de tratamiento realizadas y en un amplio éxito en las políticas de prevención desarrolladas, cuyos frutos serán recogidos en este momento y reflejados por la caída porcentual tan notable del 15.4% al 0.4%.

Sin embargo, nuestra investigación no tiene por objeto realizar una valoración de las acciones preventivas. Por ello, nos centraremos en las acciones en el ámbito asistencial, en el ámbito del tratamiento y en ellas vamos a analizar la formación realizada sobre los profesionales, para ver si lo plasmado en las directrices políticas se han visto reflejadas en las acciones formativas realmente ejecutadas y si esta formación recibida por los profesionales es trasladada a los usuarios de los servicios, a los educandos.

Como veremos a lo largo del estudio, todo el conjunto de acciones políticas que se articulan desde el propio *Plan Nacional sobre Drogas* viene a incidir en aspectos como la lucha contra el narcotráfico, conjugada con una política activa de prevención, tratamiento e incorporación social.

Al referirnos a las acciones orientadas al tratamiento de personas adictas debemos de dotar de relevancia suficiente a los diferentes programas de intervención diseñados y ejecutados por las administraciones públicas. Dichos programas de intervención destinados a personas con conductas adictivas trabajan en un marco multiprofesional. Por tanto van a ser desarrollados por profesionales de formaciones académicas diversas y en

ocasiones, muy superiores a lo deseable, se referirá a profesionales con poca o ninguna conexión con el mundo educativo propiamente dicho.

Generalmente los programas de intervención desarrollados se identifican con una intervención terapéutica, centrada en el campo sanitario y psicosocial y con una “leve” intervención educativa. El fin último de esta intervención es la capacitación del educando para la vida social y la adquisición de habilidades que le permitan desarrollarse y formarse en torno a sus necesidades e inquietudes. Es en este aspecto, donde el papel del educador toma auge y se presenta como facilitador de la tarea de re-educar a las personas adultas, o de fomentar las capacidades que le permitan desarrollarse con normalidad dentro de la sociedad en la que vive.

Como tema de investigación elegido, dentro de un contexto de inmersión de quien suscribe estas palabras en el campo educativo y como búsqueda de respuestas al fenómeno adictivo, dentro de las posibilidades de intervenciones (educativas) en problemas específicos y familiares, hemos optado por analizar la formación de los profesionales de las comunidades terapéuticas en la comarca del Campo de Gibraltar.

Partíamos de una etapa, consistente en la génesis de recursos asistenciales, que desde la esfera de la administración local, dentro de la que surgió esta inquietud investigadora, ofrecieran una nueva visión, una nueva propuesta de actuación con los profesionales, y en nuestro caso específico, relativa a la formación que deberían tener quienes desarrollan su actividad laboral en el campo de las adicciones, en los distintos recursos asistenciales y en la zona geográfica concreta del Campo de Gibraltar, y todo ello, ante la amplia variedad de recursos existentes en la actualidad que son ofertados en la cartera de servicios de la administración local, provincial y autonómica.

Creímos por tanto adecuado tomar como objeto de estudio las Comunidades Terapéuticas. Y ello, no sólo por su tradición y, porqué no decirlo, por su antigüedad como recurso asistencial en el ámbito de las drogodependencias, a la vez que nos posibilitaba establecer una comparación

de estos recursos con la evolución de aquellos otros, que en el ámbito de la educación inclusiva, de la atención a la diversidad, a las necesidades educativas especiales, se habían desarrollado notablemente. Y a partir de dicha comparación, analizar el modelo que la intervención educativa ha adoptado.

Una evolución, que en el caso de personas con necesidades educativas especiales, ha ido desde la atención médica a la atención psicopedagógica fundamentalmente, abandonando la etapa de la institucionalización previa a la que se vieron sometidas. Mientras tanto, en el caso de la atención a las adicciones, los profesionales de la salud implicados, médicos y psicólogos fundamentalmente, “continúan disputándose”, bajo nuestro criterio, el papel de gestor principal del paciente-usuario de drogas o paciente con conducta adictiva. Y frente a ellos, los pedagogos, los educadores sociales y educadores en general, no han adquirido aún, a nuestro entender, el papel predominante que es objeto de reivindicar en el presente estudio. El campo de intervención de las adicciones no ha sido, en nuestra consideración, tan receptivo a la intervención pedagógica como por el contrario si se ha manifestado en otras poblaciones con necesidades educativas específicas. Bajo nuestro punto de vista, en la intervención profesional en el campo de las adicciones, los conceptos inclusión social y comunitaria deben ir claramente asociados educación inclusiva y educación ciudadana. Debe primar, por tanto, el papel de la pedagogía en el programa de intervención terapéutica.

Si bien los recursos han variado enormemente, ampliándose notablemente la red asistencial, es difícilmente realizable, no decimos imposible pero si de enorme complejidad, una acción educativa continuada en recursos asistenciales de carácter ambulatorio, donde la presencia puntual y periódica del paciente dificulta su ejecución. Es por esta razón que nos centramos en un espacio cerrado, en “régimen de internado”, en régimen residencial, donde la acción educativa es asimilable a la que formalmente se realiza por ejemplo en entornos de privación de libertad o bien en el propio sistema educativo reglado.

Muestra de lo expuesto viene reflejado en el reciente informe “El problema de la drogodependencia en Europa” del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012), donde al referirse al tratamiento en régimen de ingreso, pone de manifiesto que a nivel europeo se dispone de datos sobre unos 50.000 consumidores de drogas que iniciaron tratamiento de la drogadicción en régimen de ingreso en Europa en 2010.

Las principales drogas notificadas por la mitad de estos pacientes fueron los opiáceos (48 %), seguidos del cannabis (16 %), las anfetaminas y otros estimulantes distintos de la cocaína (13 %) y la cocaína (6 %). Los pacientes eran en su mayoría hombres jóvenes, con una edad media de 31 años y una proporción de unos tres hombres por cada mujer.

Tendremos a lo largo de la presente investigación la posibilidad de analizar si estos datos generales ofrecidos por el Observatorio Europeo son coincidentes con nuestra realidad estudiada o no. También en dicho informe se establece que la comunidad terapéutica ha sido identificada como un entorno libre de drogas en el que personas con problemas adictivos conviven de forma organizada y estructurada para promover “su cambio” social y psicológico. Los consumidores son considerados como participantes activos en su propio tratamiento y en el tratamiento de los demás y la responsabilidad de la marcha diaria de la comunidad es compartida por ellos mismos y por los profesionales que en ella desarrollan su actividad. Así podemos plantear el valor de la pedagogía de ayuda entre iguales como línea fundamental en la que reforzar la intervención terapéutica.

En los últimos años, este planteamiento de intervención, en este entorno, se ha ido adaptando a la realidad emergente, de forma que ya se atienden las necesidades de pacientes en tratamiento de sustitución de opiáceos, de adolescentes, de hombres y mujeres sin hogar, de madres y sus hijos, de personas infectadas por VIH o de personas con problemas de salud mental. Aún no se dispone de un estudio de las funciones de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de los consumidores de drogas en Europa, quedando éste pendiente de su realización en el presente año 2013.

Por último, en esta aproximación inicial, diremos que el pilar fundamental de la estrategia terapéutica, a nuestro entender debe basarse en la Educación Permanente de los profesionales. Mediante esta Educación Permanente, sostenida en dos ejes básicos, Valores y Educación Cívica o Educación para la Ciudadanía, debe de promoverse no sólo un “cambio” en el profesional orientado a optimizar su acción terapéutica sino también un proceso de “cambio” social y cívico en el educando-usuario.

La acción educativa en los recursos asistenciales cerrados, como son la comunidades terapéuticas, giran en torno a la interiorización de valores en los residentes, en torno al pilar aprender a ser, por parte de los residentes-usuarios. Pero no debemos de olvidar que estos residentes, más allá de ser “ciudadanos” con una compleja patología psicosocial, que establece una polémica relación con la vida comunitaria y sus diferentes “actores”, no dejan en ningún momento de ser ciudadanos en su sentido pleno. Ciudadanos con los que no debemos dejar de trabajar, a pesar de las carencias asociadas a la patología psicosocial, los aspectos vinculados con la Educación Cívica, con los derechos y deberes ciudadanos y con todas aquellas competencias que determinarán su participación más o menos significativa, pero participación comunitaria irrenunciable. Este proceso educativo, anhelado y reivindicado en nuestra investigación, deberá traer consigo la participación activa en la Comunidad de los usuarios- educandos adictos.

Una Comunidad, un entorno de interacción ciudadana, donde deben de volver, en un sentido amplio del término, puesto que nunca de ella se fueron, aunque se “intentase ocultar su existencia”. Y dicha incorporación comunitaria debe producirse en las mejores condiciones de interacción y compenetración ciudadana.

Aprender a vivir con los demás y aprender a transformar también la sociedad, aprendiendo a ser, en un primer lugar, a crecer en la esfera social a la vez que consiguen modificar su conducta adictiva. Así pues, nos encontramos que durante el desarrollo de la presente investigación, tanto en Europa como en España, existe una clara voluntad política de incentivar, de

potenciar el concepto de Ciudadanía. Es parte del diálogo político- educativo de estos últimos años o incluso nos atrevemos a decir que ha servido como elemento de confrontación de diferentes formas de ver la sociedad, de entenderla y de querer transmitir su esencia fundamental.

La Educación para la Ciudadanía ha sido la piedra angular del debate político educativo español de los últimos años, hoy eclipsados por debates sobre la adecuación o no de ciertos procesos que conllevan a obligatorias inmersiones lingüísticas pero, por tanto, podemos decir que la Educación vuelve a ser instrumento de expresión de formas distintas de entender y vivir en comunidad.

La presente investigación se ha realizado desde el respeto más absoluto, por quien suscribe estas palabras, a todas y cada una de las apreciaciones que existan sobre la implantación, adecuada o no, de Educación para la Ciudadanía en los planes académicos, dentro de la educación formal y de la aceptación o el rechazo que dicha inclusión obligatoria ha manifestado y que ha terminado con una supresión de contenidos y la modificación de la propia denominación de la asignatura hoy integrada en los planes académicos. Desde ese absoluto respeto manifestado, creímos adecuado introducir como elemento de estudio de nuestra investigación, el conocimiento o no de la misma por los profesionales y usuarios de los recursos asistenciales.

Quisimos analizar la presencia o ausencia de los contenidos incluidos dentro de Educación para la Ciudadanía, en los procesos educativos llevados a cabo en las comunidades terapéuticas. Contenidos que el sistema educativo reglado obligaba a conocer a nuestros educandos más jóvenes, ya que ellos serán los ciudadanos activos del mañana. Por ello pensamos que también debería ser igualmente “obligatoria” su presencia en la formación de los educandos “especiales” con conductas adictivas, objeto de nuestra investigación, puesto que ellos, que ya presentan en su inmensa mayoría problemas de “encaje comunitario”, deberían ser formados también, al igual que se planteó su formación a los educandos, dentro de la propia educación formal.



Consideramos por tanto la importancia que los propios profesionales de la red asistencial, sean poseedores de los conocimientos adecuados y de las competencias correspondientes para su traslación e interiorización por parte de los usuarios. Y ello debido a que son quienes desempeñan un papel fundamental en el proceso educativo, durante este periodo de “educación en recinto cerrado, educación en un contexto de encierro”.

Por ello y a la hora de facilitar la exposición del presente estudio, queremos resumir las siguientes fases de la investigación:

I.-Contextualización. Marco geográfico de actuación. Marco temporal: 2002-2009.

II.-Estudio de los ejes normativos que regulan la acción en el campo de las adicciones en cuanto al capítulo formación de profesionales.

III.-Análisis de los recursos de actuación educativa en materia de drogodependencias y adicciones.

IV.-La formación de profesionales entendida como Formación Permanente. Educación en Valores y Educación para la Ciudadanía/Educación Cívica, pilares de dicha Formación Permanente.

V.- La formación de profesionales de la educación en torno al conocimiento de las adicciones desde el punto de vista de la formación continua. La formación del profesional/ educadores /agentes sociales y otros agentes que trabajan en el marco de las adicciones.

VI.- Revisión del trabajo formativo implantado en la Comunidad Autónoma Andaluza, y planteamiento de medidas correctoras que constituyan una nueva propuesta formativa.

VII.-Estudio comparativo de las últimas propuestas formativas/acciones formativas desarrolladas, en el marco geográfico objeto de estudio, para los profesionales y el modelo planteado actualmente.

VIII.-Conclusiones de esta revisión formativa y posibles iniciativas para contemplar en las propuestas futuras.

IX.-Investigación realizada en el marco geográfico establecido. Metodología, diseño de la herramienta aplicada. Universo y ámbitos de aplicación. Interpretación, valoración y propuesta de intervención formativa si procediese.

En un primer momento, hemos delimitado el objeto de estudio y lo hemos centrado a nivel geográfico en la Comarca del Campo de Gibraltar. La delimitación geográfica puede justificarse al ser esta Comarca referente y enclave de transcendencia notable al abordar el fenómeno de las drogodependencias. En la actualidad dicha relevancia persiste al referirnos al territorio referenciado, si bien su penetración mediática es quizás menor que en otra épocas. Tomaremos como eje del estudio las aportaciones que se realizan desde el *Primer Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar*, instrumento que podríamos calificar “relativamente novedoso” frente a la ya antigua problemática de la oferta–demanda y por tanto el uso y abuso existente en la zona y sus repercusiones sociales, sanitarias y educativas.

En segundo lugar, abordaremos los distintos tipos de recursos existentes y analizaremos la acción formativa que en ellos se lleva a cabo, dirigida a los profesionales que desarrollan la labor educativa sobre los pacientes (visión sanitaria), usuarios de los recursos (visión social) o mejor dicho, desde nuestra perspectiva, sobre los educandos.

Por otro lado, profundizaremos en el análisis documental y bibliográfico, donde vamos a revisar la formación de los profesionales de la educación que desarrollan su trabajo en el marco de las adicciones.

Para ello, revisaremos el prisma del *Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008*, la *Estrategia Nacional 2009-2016*, el *II Plan Andalúz sobre Drogas y Adicciones* y el *I Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar*.

En definitiva, la investigación ha pretendido, de una manera exhaustiva, un recorrido político-educativo por toda la estructura organizativa en el campo

de las adicciones, por los distintos instrumentos jurídico administrativos existentes, para ver y entender el papel y la importancia que se le otorga a esta formación de profesionales de la educación.

Nos hemos planteado, a lo largo de nuestro recorrido, una serie de cuestiones como comparar si son de igual magnitud, de igual trascendencia e importancia, los esfuerzos que desde las políticas públicas se han realizado y se realizan para todos los profesionales de la educación.

Comparación que vamos a realizar independientemente que estos profesionales desarrollen su labor, dentro del contexto educativo reglado, en el centro educativo, en la escuela, donde los esfuerzos sobre el educando serán en el campo de la prevención casi en exclusividad, o bien, sea la labor educativa realizada por los profesionales fuera del centro educativo, en un contexto no por ello “menos educativo”, que el tradicional, donde la pedagogía invisible toma un valor fundamental en los recursos asistenciales existentes (Comunidades Terapéuticas, Centros de Tratamiento Ambulatorio, Centros de Encuentro y Acogida).

Un entorno donde la pedagogía “liberadora” debe buscar como objetivo el logro de conseguir ciudadanos “activos” en la Comunidad, aún presentando un “elemento opresor”, tal y como podríamos definir a su adicción.

En nuestro recorrido bibliográfico, haremos referencia a autores que han desarrollado su labor de investigación y análisis en el campo de las adicciones y de la educación y que abarcan periodos muy amplios. Podríamos decir que vamos a encontrar reseñas bibliográficas desde los años 70 y 80 hasta nuestros días, desde autores ya “clásicos” en materia de adicciones, a lo más novedoso en cuanto a formación permanente en el marco europeo. Todo ello, con una única finalidad, la de resaltar que igual que ya es “antigua” la temática de las adicciones, a lo largo de este amplio periodo temporal, muchas han sido las respuestas que se han generado y muchas aún las que siguen girando sobre el mismo eje común, y aún no han conseguido unificar criterios para abordar la formación en adicciones.

Por ello, creemos necesario partir en este estudio de una “necesidad”, la de querer dotar de un mayor protagonismo a los procesos educativos dentro de las acciones desarrolladas en centros de tratamiento de conductas adictivas en régimen cerrado, en las Comunidades Terapéuticas y por ello y siguiendo lo manifestado por Monclús en la palabras iniciales de presentación de su obra *La educación entre la complejidad y la organización* (2011) la Educación hoy es reconocida como un proceso enormemente complejo y donde:

*Como ciencia, la educación es hoy inaccesible sin la interdisciplinariedad de una serie de campos científicos, y de áreas de conocimiento, que además van ampliándose conforme el conocimiento se hace más y más extenso y profundo.* (Monclús, 2011: 9).

Entramos por tanto en la necesidad de plantearnos si en dichos centros de tratamiento, en esos recursos asistenciales que serán nuestros “escenarios educativos”, encontramos “escenarios” complejos, desde la perspectiva de la que hablan autores diversos, como por ejemplo Morin, y ver si esa complejidad está presente en ellos.

No podemos negar que existirán dificultades para poder definir propiamente como intervenciones educativas, cuando procedemos a observar y valorar el conjunto de acciones “terapéuticas” que son desarrolladas en los recursos asistenciales para personas con conductas adictivas. Pero, siguiendo a Monclús (2011) al establecer las tres dimensiones básicas y por ello ineludibles de la educación, veremos que ellas (la de transformación de la realidad, dentro de un marco de complejidad y sin límites espacio-temporales) están presentes en nuestro ámbito terapéutico objeto de investigación. Tres dimensiones que podemos afirmar se manifiestan con plenitud en toda acción o intervención realizada en estos recursos asistenciales.

Por ello podemos plantear que todas y cada una de las acciones que se desarrollarán en los escenarios analizados y que van dirigidas a nuestros educandos con conductas adictivas, van encaminadas a llevar a cabo una

transformación de “esa” realidad en la que viven inmersos. Por tanto, todas y cada una de ellas, de las acciones referidas, pueden considerarse como acciones educativas en esta primera dimensión básica de la Educación. Y siguiendo lo manifestado por el citado autor: “La Educación, según varios maestros a lo largo de la historia, busca la perfección y optimizar lo que hay en la persona sacando de ella sus mejores potencialidades” (Monclús, 2011: 16).

Si el fenómeno adictivo es un fenómeno cambiante y dinámico, en sustancias, en pautas y formas de consumo, en patologías asociadas al mismo no podemos obviar, que:

*Si hablamos de autentica educación, esta necesariamente se ha de considerar de forma activa ante las características cambiantes y variadas de nuestro mundo y de nuestro tiempo. Y esa actividad le lleva, por un lado a tomar conciencia crítica de esa realidad y, por otro, a buscar una serie de alternativas que transformen esa realidad y la transformen hacia mejor (Ibíd.).*

Por todo ello, no es difícil ver que tal y como planteamos la acción educativa como transformación de la realidad, está en consonancia plena con la línea de educadores contemporáneos que tienen como referencia a Paulo Freire y su pensamiento utópico, sin olvidar que ello nos posibilita vislumbrar una conexión con los planteamientos utópicos, donde la utopía es considerada en una bidimensionalidad de crítica a la vez que oferta una alternativa, tal y como refleja Monclús en su obra *Utopía, educación permanente y didáctica* (1995).

Por tanto, buscamos intervenciones educativas utópicas en los educandos que sirvan para interiorizar y profundizar en una crítica a una realidad opresora y ante la cual la educación ofrezca alternativas viables que posibiliten el cambio.

Si intentamos pensar en la otra dimensión básica de la Educación antes planteada, la educación en el marco de la complejidad, vemos por Monclús (2011: 18) que:

*Edgar Morin (2000:2010), tan decisivo en sus trabajos sobre pensamiento complejo, sostiene que la primera e ineludible tarea de la educación es enseñar un conocimiento capaz de criticar al propio conocimiento.*

Y por ello, nos podemos plantear, como haremos a lo largo del presente estudio, cuestiones referentes a si los diferentes profesionales, que desarrollan su actividad laboral en estos entornos terapéuticos, han adquirido o no las competencias precisas para el desarrollo eficaz y eficiente de su actividad profesional, como también, si dichas competencias hacen posible abrir su diaria actividad al análisis crítico y efectivo, orientado todo ello hacia la consecución de los objetivos previstos. Y cuestionarnos evidentemente, si las competencias adquiridas a través de los procesos formativos ofertados están o no en consonancia con la realidad “vívica” en el entorno laboral y con las expectativas presentes y futuras de los educandos sobre los que actúan.

Por último y antes de abandonar este planteamiento inicial de por qué dotar de “mayor valor” a la educación en este contexto terapéutico que vamos a ir analizando, destacaremos la tercera dimensión básica de la educación que será la de la educación sin límites espaciotemporales.

Los límites en la educación han desaparecido. Así, podemos plantear de igual forma que:

*La educación permanente, la educación continua, la educación a lo largo de toda la vida o cualquiera de las denominaciones similares, está indicando desde el comienzo que la educación no se circunscribe a un ámbito determinado (o.c.: 22-23).*

Y así diremos de igual forma que:

*La educación permanente se refiere a la libertad, a la creatividad y a la búsqueda permanente del desarrollo personal y social en y por*

*el ejercicio de la libertad. Por tanto no tiene sentido descubrir la educación permanente para ser encuadrada en una educación formal. Todo lo contrario, debe ser considerada como utópica, tanto por su dimensión de algo inacabado, como por ser algo ilimitado, no encuadrado, no enmarcado, no reglado, no formalizado. No se puede plantear una educación permanente sin tener una visión ética de la condición humana y es precisamente debido a ese carácter por lo que no necesita de imposiciones, de normativizaciones o de obligatoriedad para su realización (Ibíd.).*

No perder de vista la realidad, no perder el ritmo actual de los fenómenos adictivos y de los fenómenos sociales que llevan aparejados, hará necesaria la educación permanente, la formación permanente de los profesionales y hará necesaria a su vez, la adquisición de competencias que les posibiliten transformar la realidad en un contexto, en un marco de enorme complejidad, con la aspiración de alcanzar un conocimiento multidimensional que facilite la acción terapéutica y sin olvidar la necesidad de mantener una actitud crítica y transformadora de dicha realidad.

En otro momento, el citado autor en su libro *Educación y Sistema Educativo*: “En el panorama contemporáneo de la educación resaltan algunos autores y experiencias educativas, que o han configurado corrientes pedagógicas o han supuesto hitos de referencia fundamental” (Monclús, 2008: 27).

Al plantearnos globalmente los procesos adictivos, los elementos “opresores” asociados a la adicción, la necesidad de dignificar a los usuarios de los recursos asistenciales y en base a ellos analizar un modelo pedagógico que constituyese el eje vertebral en nuestra intervención terapéutica, optamos por el modelo pedagógico de Paulo Freire. Así pues, debemos en este momento destacar el papel preponderante que en el siglo XX, ha tenido tanto por la originalidad, por lo novedoso de sus aportaciones, como por la capacidad de ser eje director de la pedagogía más actual, y vigente en el siglo XXI, la figura de Paulo Freire. El modelo educativo de Freire es un modelo educativo donde

la formación de los enseñantes y de los enseñados no es algo separable, donde, por tanto, en nuestro caso particular, la formación de los profesionales educadores que trabajan en el marco de las adicciones y la de los ciudadanos con problemas de adicción, objetos de la intervención educativa, no son separables tampoco.

Pretendemos, como hizo Freire, una práctica creativa, esa práctica que Freire encuentra trabajando con adultos analfabetos y que nos sirve como punto de partida a nuestra propuesta final. Motivado porque no hay tanta diferencia, a nuestro entender, en esa apertura de nuevos horizontes que Freire consigue a través de la educación y alfabetización con adultos analfabetos y el perfil social de nuestros educandos, en nuestro estudio concreto, que es a su vez, expresión del perfil genérico global y de las deficiencias educativas y de socialización que ellas han desencadenado a su vez.

Asimismo, podríamos plantearnos en este momento, que importancia tiene el uso de la palabra tanto en los propios profesionales- educadores, como la palabra en los propios usuarios adictos- educandos a la hora de participar en su propia socialización, normalización/modificación conductual, en definitiva en su nuevo “encaje” social.

Es aquí donde podemos volver a hacer referencia al papel trascendente que la semiología y la pedagogía de la comunicación tienen en Freire, en su visión sobre que una codificación concreta supone una forma concreta de ver el mundo y que podemos también extrapolar al campo del trabajo asistencial de las adicciones y por tanto del papel que tiene el lenguaje sobre la realidad y sobre la propia génesis de dicha realidad.

Pero, podemos preguntarnos si hemos descodificado de forma adecuada todos los mensajes que disponemos y que giran en torno a las conductas adictivas, de manera que nos permitan ver la realidad, que quizás late bajo esa codificación que hemos establecido anteriormente y que no nos



permite avanzar más allá de lo hasta ahora obtenido en la acción terapéutica “tradicional” y “reglada”, la acción terapéutica “formal”.

Moacir Gadotti (2006: 49) sostiene que:

*El reconocimiento de Freire fuera del campo de la pedagogía demuestra que su pensamiento es igualmente transdisciplinar y transversal. La pedagogía es en esencia una ciencia transversal. Desde sus primeros escritos consideró la escuela como algo mucho más importante que las cuatro paredes que la sustentan. Creó el “Círculo de la Cultura” como expresión de esa nueva pedagogía, que no se reducía a la noción simplista del aula (cit. en Monclús, 2011: 39)*

En definitiva, podemos considerar que la educación:

*Se ha hecho comunitaria, virtual, multicultural y ecológica, y la escuela se extiende a la ciudad y al planeta. (Ibíd.).*

Por ello, siguiendo el modelo educativo de Freire, y haciendo nuestras las reflexiones que resalta Gadotti, nos planteamos si sería posible en el campo de las adicciones crear un “círculo de ciudadanía y de valores”, de educación cívica, que haga posible impregnar de valores y de “responsabilidades comunitarias” a quienes suelen carecer de ellas y que así transformando esa realidad inmediata, la más próxima, creemos a hombres y mujeres capaces de transformar con su participación la comunidad de la que forman parte.

En el modelo educativo de Freire procederíamos a una lectura del mundo, de nuestra realidad social, de la existencia en la comunidad en donde vivimos, de un sector de población con problemas de adicciones, que han sido sometidos a una pérdida de “su propia dignidad como persona y como ciudadano”. Debemos realizar un proceso de concienciación, de toma de conciencia de la propia realidad, usuarios de recursos y profesionales de ellos. Esto nos ha de llevar a una crítica de la “realidad opresora” y a la búsqueda de su transformación. De forma que, a través de una práctica educativa creativa y

siempre abierta a la búsqueda de nuevos caminos de intervención, consigamos la transformación de la realidad, quizás no en su aspecto más sanitario o psicológico, pero sí en el aspecto mas cívico para el propio individuo adicto: **recuperar su dignidad como persona y capacitarlo para ser un ciudadano activo, capaz de una participación responsable en la comunidad, independientemente de su patología adictiva.**

Esta transformación de la realidad implica un proceso de liberación a través de la educación. La educación como proceso inacabado, como proceso permanente que busca la transformación de la realidad, una educación de naturaleza utópica y cargada de esperanza, ya que en palabras de Monclús (2008: 36): “Sin esperanza ni utopía se olvida el verdadero sentido y la naturaleza misma de la educación”.

En otro momento, el autor define la pedagogía de Paulo Freire como:

*Utópica, y por ello, llena de esperanza, pues utópico no significa ser idealista o algo impracticable, sino por el contrario, estar comprometido en una constante dinámica de denuncia y anuncio. La denuncia y el anuncio no pueden ser palabras vacías, sino una práctica comprometida con la liberación. La liberación supone una búsqueda de creatividad frente a los esquemas cerrados y repetitivos” (o.c.: 31).*

Llegados a este punto podríamos plantearnos si desde la consideración de las intervenciones en materia de adicciones, y más concretamente en materia educativa, han sido lo suficientemente creativos los modelos, los programas empleados. O bien, por el contrario, se han limitado a repetir un modelo anclado en el pasado, que no ha sido capaz de evolucionar en el seno de las comunidades abriéndose a la realidad que posteriormente encontraría el residente-educando cuando volviese al mundo exterior. Podríamos analizar, asimismo, si no se están desarrollando acciones educativas por parte de formadores, que no transmiten un modelo educativo actualmente necesario, un modelo transformador de la realidad actual, sino por el contrario reproduce un

modelo de valores y conductas que poco, o nada, reflejaría la realidad inmediata que el educando tendrá que afrontar en su incorporación social futura.

Podemos plantearnos qué es lo que buscamos a través de las diferentes propuestas formativas que son realizadas con los profesionales – educadores en estos contextos terapéuticos y cómo posteriormente, dichas acciones formativas deben aportar “acciones transformadoras” en la realidad “opresora” de nuestros particulares educandos.

Al igual que en el campo educativo, se busca, se persigue y se consigue dotar de competencias tanto a los profesionales como a los usuarios. Así pues y siguiendo lo indicado por los profesores García Fraile y Sabán Vera en su obra *Un nuevo modelo de formación para el siglo XXI: la enseñanza basada en competencias*, diremos que: “las competencias no son más que un planteamiento de la formación que refuerza la orientación hacia la práctica o desempeño” (G.Fraile y Sabán, 2008: 9).

Destacando dichos autores que:

*Lo que se pretende mediante el enfoque por competencias es lograr que la gestión de una organización se ajuste a el potencial del capital humano que posee, utilizando las características claves que tiene cada persona y haciendo que un determinado puesto de trabajo se desarrolle lo más eficazmente posible (o.c.: 12).*

Se trata, en definitiva, de capacitar a ciudadanos que presentan necesidades educativas “especiales” en un amplio sentido del término, que presentan necesidades de intervenciones específicas, y a los que se debe conseguir dotarlos de dichas competencias para una vida normalizada en el entorno comunitario.

Pero debemos, de igual forma, seguir buscando nuevas aportaciones, nuevos caminos terapéuticos-educativos, para esos ciudadanos, muchas veces “olvidados”, e incluso podríamos decir directamente “excluidos” del entorno

participativo comunitario. Exclusión motivada, en cierta forma, por su “escasa y negativa implicación y participación “en la apreciación general de la comunidad”.

Sin duda, esa pérdida de valor “electoral”, de “valor político”, que se asigna a la figura de cualquier drogodependiente como ciudadano y que tiene la población en su globalidad, desde la aparición de las drogodependencias como fenómeno en los años 70, ha hecho que la actuación general desde los estamentos políticos, pudiésemos catalogarla como más preocupada por buscar una acción paliativa, desde el ámbito sanitario.

Así fue en los inicios del fenómeno, por lo sorprendente del mismo, por lo inesperado que se manifestó. De igual forma también lo fue en fases posteriores, por “enmascarar su persistencia”, abordando la intervención desde planos meramente psicológicos y sanitarios, en “un viaje continuo” por los servicios de salud mental y, por tanto, desde una perspectiva puramente sanitaria, acompañándoles de la oferta de recursos sociales existentes en las distintas comunidades autónomas.

Siguiendo lo manifestado por Monclús (2008: 29) al analizar la influencia de Paulo Freire en la educación actual:

*Freire sostiene que no existe educación sin sociedad humana y no existe hombre y mujer fuera de ella. La pedagogía por obra de su método va a extenderse a todos los campos donde el hombre y la sociedad se expresan como tales.*

Esta reflexión es totalmente extrapolable al contexto educativo donde enmarcamos nuestro estudio, así como otra aportación final de Freire que recoge Monclús (Ibíd.):

*Freire propone la concientización como una de las tareas fundamentales de la una educación liberadora autentica, y que como tal respete al ser humano como persona.*

De igual forma, podemos señalar que una de las aportaciones más innovadoras de Freire, es la de eludir caer en el maniqueísmo estricto a base de confrontar uno, que es el bueno, con su oponente que representa el mal. Recordemos aquí que tanto el término confrontación como la práctica de confrontar actitudes y actuaciones de personas adictas, ha sido ampliamente utilizado por distintas escuelas terapéuticas en el campo de las adicciones.

Y continuando con lo expuesto, diremos que:

*Freire evita constantemente la tentación de engendrar sentimientos de odio y de destructividad por causa de la injusta opresión. Primero porque el odio y la destructividad, aunque puedan resultar explicables a una situación odiosa e insostenible, no dejan inmunes a quienes la sufren. Segundo, porque en los mismos opresores hay también, por la destructividad de la mecánica de la opresión, una dimensión de sufrir también las mismas consecuencias de ese nefasto esquema de deshumanización. (Ibíd.).*

Es difícil hoy pensar sólo en la educación como disciplina académica aislada en un mundo globalizado. Por el contrario, la educación está impregnada de la economía, de la sociología, de la política, etc. y de igual forma no se puede entender una política, una economía .etc. adecuadamente enfocadas al cambio social, si no se considera impregnadas por el fenómeno educativo. De igual forma, haciendo nuestras las palabras del profesor Merino quien a su vez las toma de Durkheim, en *Educación y Sociología*: “el hombre que la educación debe de realizar en nosotros no es el hombre abstracto, sino el hombre tal y como la sociedad quiere que sea, y lo quiere, tal y como lo reclama su economía interna” (Merino, 2008: 80).

Y ello porque al plantearnos la educación, nos planteamos el conjunto de conceptos educativos y sus correspondientes contenidos pero siempre dentro del pensamiento, de la filosofía dominante del momento en cuestión, y unida

íntimamente a los aspectos que como la economía y la política la acompañan a lo largo del tiempo.

Intentamos a lo largo de nuestra investigación plasmar como el pensamiento de liberación de Paulo Freire es perfectamente trasladable al trabajo educativo que se hace y se debe de continuar haciendo en los recursos asistenciales en materia de adicciones y drogodependencias. Dicho pensamiento de liberación debe impregnar las diferentes acciones de formación permanente existentes para los educadores/formadores/ agentes para el cambio. De igual forma, dicho pensamiento liberador debe de estar presente sobre las acciones educativas que sobre nuestros especiales educandos, ciudadanos con problemas de adicción, se llevan a cabo. Pero a su vez, siempre bajo la perspectiva de abordarlos educativamente como “ciudadanos de pleno derecho”, que necesitan hacer uso de la acción educativa realizada en su entorno para lograr un proceso de “nueva” incorporación, de inclusión en la Comunidad.

Los profesionales de la educación, todos al fin y al cabo, porque todos son educadores, potenciales transformadores de la realidad, deben centrar su intervención en lo cotidiano. Así por ejemplo, tomando como referencia de recurso asistencial a la Comunidad Terapéutica, medio residencial cerrado, veremos que en ella, la intervención es en buena medida estructurada, enmarcada en un contexto y con un sentido global y totalizador. Además, está inscrita en un equipo multidisciplinar en el que participan otros profesionales.

Simultáneamente a este marco organizado hay todo un trabajo circunscrito al contexto, espontáneo o al menos con menos estructura. Esta intervención constituye en buena medida la base de la acción educativa en la Comunidad Terapéutica, con sus virtudes y sus defectos. Siguiendo a Funes (1999: 89):

*Gran parte de las dificultades para saber qué hacer, derivan de la dificultad de algunos profesionales para instalarse en la inseguridad y decir, bueno, pues eso no sirve, a ver qué sirve,*

*eso funciona, pues ahora no funciona. O eso en realidad no funcionó nunca, pero yo me creí que funcionaba y ahora he descubierto que no funciona. O antes venían estos y ahora vienen otros, ¿y yo qué hago?*

Pero estas intervenciones con más o menos estructura se caracterizan por ser una acción intencionada. Como ya indicaba Melich (1997: 155):

*La intencionalidad es mirada. La mirada no es capaz de descubrir el rostro del otro, sino solamente su cara, su personaje, su rol social. Más allá de la mirada y de la cara se halla un rostro, un rostro que jamás puede observarse. Sabemos de él por su voz, por su lenguaje.*

Pero, además de la propia acción educativa y por tanto comunicativa, el proceso de intervención de la Comunidad Terapéutica está basado en buena medida en la mejora de los sistemas de comunicación de los usuarios. Y volvemos aquí, en este aspecto, en el comunicativo, a retomar las palabras de Monclús (2008: 28), al referirse al modelo Freire, donde indica que:

*El llamado método Freire va unido, por tanto, también a un planteamiento de la pedagogía en cuanto a comunicación, con una consideración determinada del lenguaje, del significado creador que tienen las palabras, los signos, las imágenes, haciéndonos ver que una codificación determinada implica asimismo una visión del mundo determinada, y que sólo una decodificación adecuada puede llevar a la verdadera realidad que se esconde tras aquella codificación.*

A lo largo del proceso, el drogodependiente ingresado en una Comunidad Terapéutica realiza todo un conjunto de actividades que le enfrentan inevitablemente con sus capacidades, sus límites, sus fracasos. Este es el momento de la intervención del educador como ya indicaban Campos Sorbías y Panchón (2000) al manifestar que en cualquier ocasión de convivencia tienen lugar múltiples y muy variadas circunstancias y éstas deben

ser aprovechadas siempre para fomentar una valoración positiva de la interacción educativa.

Constantemente, a lo largo de la intervención terapéutica, se producirá en el usuario el tener que enfrentarse con elementos de una realidad externa cambiante y al mismo tiempo descubierta progresivamente y a un universo de satisfacciones e insatisfacciones, de emociones, que dependen por un lado de la vivencia inmediata y las experiencias anteriores y por otro de la realidad interna del sujeto.

Naturalmente en este tipo de actuaciones, la autoridad y la responsabilidad del educador es muy importante, pero el papel activo del drogodependiente facilitará el poder captar mejor la especificidad y singularidad de cada situación.

Este compartir estas secuencias existenciales conduce a la emergencia de fenómenos singulares tanto para el usuario como para el educador que observa, modula, sostiene o limita a los individuos y al grupo.

En buena medida la capacidad de influencia del educador sobre la persona en la que ejerce su influencia educativa dependerá de la importancia que se atribuya a la relación interpersonal y en la credibilidad que el educador pueda tener como referente para el usuario. Por tanto será básica la postura más o menos activa del educador.

Por último, queremos añadir que nos remitimos por tanto a un modelo ecológico de investigación en el que se atiende a la totalidad de la vida en el aula, en su sentido más amplio, en nuestro caso en comunidad terapéutica como espacio educativo, considerando ésta, el aula, no sólo a un espacio, como cuatro paredes, como suele ser habitual en las enseñanzas regladas, sino que nos hacemos educadores en la totalidad del edificio en el que se efectúa el acto en sí en tantas actividades cotidianas o programadas se realizan a lo largo del día y a lo extenso de una terapia de desintoxicación o deshabituación de una sustancia adictiva, de modificación conductual al fin y al cabo.









## **CAPÍTULO 2:**

# **CONTEXTUALIZACIÓN**



## **2.1. Marco geográfico: Campo de Gibraltar; marco temporal: 2002-2008**

Recogemos como punto de partida las características fundamentales del marco geográfico y del contexto sociopolítico donde se va a desarrollar nuestro estudio, empleando para ello la presentación que el propio ente mancomunado realiza sobre la Comarca del Campo de Gibraltar y de las acciones en ella desarrolladas. Así, la Comarca del Campo de Gibraltar está estructurada territorial y políticamente, en torno a la Mancomunidad de Municipios del mismo nombre, la cual nace como una asociación voluntaria de municipios el día uno de febrero de 1985. Constituida por los siete municipios de la comarca: Algeciras, La Línea, San Roque, Los Barrios, Tarifa, Jimena y Castellar de la Frontera, reúne a una población cercana a los 270.000 habitantes.

La Mancomunidad goza de personalidad jurídica propia e independiente de las entidades que la integran, tiene consideración de Entidad Local y plena capacidad jurídica para el cumplimiento de sus fines.

Sus estatutos contemplan que la asunción de esa figura jurídica constituye simplemente un primer paso para conseguir un carácter

institucional más elevado, como puede ser el reconocimiento político-administrativo de la comarca.

En el Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar (2008-2012), quedaron fijadas las competencias de la propia Mancomunidad, previamente establecidas a través de la norma estatutaria. Plan Comarcal ya finalizado en cuanto a su ejecución, no evaluado aún en el año 2013, y de difícil evaluación futura, motivado por que las actuales circunstancias económicas y de viabilidad de la institución comarcal han supuesto la necesaria reducción de financiación en las competencias denominadas impropias, lo cual ha supuesto que ya no exista en el año en curso el propio Departamento Comarcal, en cuyo seno se gestó el Plan comarcal. Así pues, el objeto de la Mancomunidad de Municipios del Campo de Gibraltar es el de promover, dinamizar y racionalizar el desarrollo integral de la Comarca, y conjugar y coordinar medios y esfuerzo materiales y humanos para cumplir fines de interés para todos ellos, tales como:

A.-Sanidad

B.-Educación y enseñanza

C.-Igualdad y Bienestar social y Juventud.

Es en el seno de la Mancomunidad y bajo la necesidad de creación y gestión de aquellos servicios que, sin menoscabar la autonomía municipal en cuanto a sus competencias legales y con la aceptación por parte de los ayuntamientos afectados, al estimarse de interés para los municipios mancomunados, se constituyó el departamento comarcal de Políticas de Drogas, el cual da origen a el I Plan Comarcal sobre Drogas y Adicciones.

Ha sido necesario demasiado tiempo, si tenemos en cuenta que la Mancomunidad tuvo su origen el 1 de febrero de 1985, para que tras estos 25 años, se plantease en el marco comarcal la necesidad de

disponer de un instrumento que marcara las líneas de actuación en el campo social, educativo y sanitario entre otros, al tan conocido fenómeno adictivo en esta zona geográfica.

Tal y como viene reflejado en el propio Plan Comarcal sobre Drogas<sup>1</sup> y haciendo nuestras sus palabras, podemos decir que:

*La Comarca del Campo de Gibraltar ha sido pionera en la lucha contra el narcotráfico, en los programas de prevención, de atención y asistencia a drogodependientes.*

Este es un problema que afecta a nuestra zona geográfica con gran incidencia por sus especiales singularidades, tanto de vecindad territorial con el continente africano, de persistentes limitaciones en iniciativas para el empleo, falta de inversiones que favorezcan el desarrollo, de deficiencias sociales, educativas y culturales en la población, pero también es un problema que afecta al conjunto del país, constituyendo un fenómeno de carácter global que ha superado todo tipo de fronteras.

Esta comarca campogibraltareña, ha sabido afrontar este fenómeno desde el consenso institucional, en contraposición a lo que tradicionalmente ha venido ocurriendo en materia de política educativa en nuestro Estado, donde la tradicional divergencia de posturas ha supuesto un amplio desacuerdo normativo. Aunque, como a lo largo de la investigación veremos, la voluntad de afrontar nuevas líneas de trabajo ha sido muy limitada y hoy ya casi inexistente. También, se debe destacar en esta contextualización de la investigación en esta Comarca, la existencia de una fuerte presencia del movimiento asociativo, enormemente implicado con la comunidad y pionero en iniciativas sociales, asistenciales y reivindicativas. Debemos de recordar, entre otros, el colectivo de “Madres de los pañuelos verdes” del municipio de La Línea de la Concepción, con sus “novedosos escarches” en los puntos de venta de

---

<sup>1</sup> Ver [www.mancomunidadcg.es](http://www.mancomunidadcg.es)



estupefacientes y sus “caceroladas” reivindicando medidas policiales y judiciales y recursos socio-sanitarios, reivindicaciones que se fueron extendiendo por toda la Comarca durante los años 80 y 90. De movimientos sociales nacidos de agrupaciones ciudadanas, como la referida anteriormente, han surgido personas y personalidades en la esfera político-social, de transcendencia fundamental en el panorama político andaluz.

La Institución Comarcal y el Movimiento Asociativo en su conjunto, han constituido, desde sus orígenes, un frente común para paliar las consecuencias negativas, desfavorables, que el consumo de drogas ha tenido y tiene sobre los jóvenes y no tan jóvenes, sus familias y el resto de la ciudadanía. Al menos ese fue el fin planteado en sus inicios para dar respuesta a una realidad que no disponía de respuestas del todo satisfactorias.

El fenómeno de las drogodependencias hay que entenderlo como un fenómeno multicausal y multidimensional, que altera y limita el bienestar de los individuos, de sus familias y sin lugar a dudas, de la comunidad, de la ciudadanía en su conjunto.

Adentrarnos en las adicciones como fenómeno socio-sanitario con claras “necesidades cívico-educativas” debe tener en cuenta esta complejidad, de modo que las medidas adoptadas formen parte de una amplia política social y educativa, que integre asimismo el conjunto de acciones tendentes a mejorar la salud en su amplia concepción (física, psíquica y social) del individuo adicto y las condiciones de bienestar “social y ciudadano” de los integrantes de la comunidad.

Podemos afirmar que a finales de los años setenta llega a nuestro país el fenómeno de las drogodependencias en los términos, con las connotaciones, que en el presente Plan Comarcal han sido reflejadas. Hasta ese momento, el consumo de drogas se reducía a las drogas legales como el alcohol y el tabaco por un lado, y el consumo de diversos

psicofármacos que eran utilizados con diversos fines. Como frecuentemente ha venido ocurriendo, en este plan comarcal referido anteriormente, el legislador plasma en la norma una realidad que podemos incluso afirmar es extemporánea y casi obsoleta, al estar fuera de la más reciente actualidad comunitaria. Así, mantiene las claras referencias a usos recreativos de las drogas, a consumidores de corta edad y a acciones preventivas fundamentalmente como hemos visto a lo largo de nuestra investigación.

De esta forma, el Plan Comarcal se refiere al fenómeno de las adicciones en términos de utilización de nuevas sustancias asociadas al ocio, el tiempo libre y la diversión, que se caracterizaba por encontrar en los jóvenes sus principales defensores, usuarios y promotores inicialmente, aunque ya es un fenómeno ampliamente generalizado.

Ante estos hechos, podemos emplear la definición que dentro del marco andaluz se establece a través del articulado de la ley 4/1997 de 9 de julio, de prevención y asistencia en materia de drogas. Allí se establece en su título I, artículo 4 la definición de drogas, para hacer referencia a aquellas sustancias, naturales o de síntesis, cuyo consumo pueda generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud.

Y de igual forma se entiende por drogodependencia una enfermedad de carácter social, enfermedad crónica y recidivante que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo, caracterizada por una tendencia compulsiva al consumo de drogas. Por ello, las Administraciones públicas andaluzas, al ser este nuestro contexto geográfico, dentro de sus respectivos ámbitos de competencias, habilitarán los mecanismos que se consideren necesarios en los términos de la presente Ley para la prevención, la asistencia, la rehabilitación y la incorporación social de los drogodependientes. El conocimiento, tanto de la Administración Pública como de la estructura social que desarrolla

intervenciones en este ámbito, no permite dudas sobre la elección del marco comarcal como objeto de las políticas de drogas.

Es la propia FEMP la que en un documento titulado “Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas”, publicado en 2001, señala el porqué los Ayuntamientos son el escenario idóneo a la hora de la intervención:

*El Ayuntamiento constituye el referente administrativo más cercano a la ciudadanía, facilita la detección precoz de los problemas y permite una rápida respuesta, se responsabiliza de las intervenciones de los Servicios Sociales con especial incidencia en prevención e inserción social, permite el trabajo comunitario y la participación social, y ofrece los cauces para la coordinación permitiendo dar respuestas adecuadas a los problemas de los ciudadanos en este campo. (FEMP, 2001:5).*

Entre las dimensiones del fenómeno de las adicciones y siguiendo lo indicado por la propia FEMP en el documento base Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas (2001:10) hace referencia a las dimensiones del fenómeno adictivo y dentro de ellas queremos resaltar los aspectos sociales de forma especial, sin menoscabo de las connotaciones físicas o propiamente sanitarias y de la dimensión propiamente psicológica. Así al referirnos a esta dimensión social diremos que ésta resulta de la integración de tres planos:

“-Contexto microsocioal, donde tendremos que considerar los factores sociales de riesgo y de protección con relación al consumo de drogas, y su influencia sobre la persona (integración educativa, grupo de iguales, subgrupos sociales de los que forma parte, pautas de comportamiento socialmente aceptadas o rechazadas en su entorno inmediato.”

“Contexto macrosocial, donde habrá que destacarlos Valores característicos del sistema social y de la cultura dominante, la política educativa, laboral y social vigentes y la influencia que es cambios tienen sobre los individuos, la legislación que regula la venta y consumo de drogas en su caso, el lugar que ocupa un sujeto en la organización social y los escenarios de exclusión a los que podría desplazarle su relación con las drogas”.

“Contexto transcultural, donde habrá de considerarse las pautas culturales externas al entorno próximo del individuo, los estilos discursivos de los medios de comunicación de masa, las redes de comunicación virtual.” (Ibíd.).

Es por ello que si no consideramos aspectos formativos de los profesionales como aspectos básicos de la intervención, difícil será poder actuar en los aspectos reflejados en cada contexto anteriormente referido de la dimensión social del fenómeno.

La intervención del Plan Comarcal por tanto se dirigirá hacia una progresiva mentalización social que implique a todos los recursos y servicios que la comunidad posee.

Tal y como continúa el desarrollo del Plan Comarcal, una vez justificada la preponderancia de la Mancomunidad, del Ente Comarcal en la medida que al ser capaz de unir, de aglutinar los intereses de los siete municipios, es la entidad que representa con mayor fuerza dicho referente administrativo. Ahora bien, indica el Plan, que sólo hay una estrategia válida, la acción conjunta de toda la colectividad, pues no hay que olvidar que el fenómeno de las drogodependencias es una responsabilidad social en el más amplio sentido.

El I Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar nace con la intención de ser una herramienta que proporcione soluciones a

corto/medio plazo, al menos, a través de un modelo de intervención que se adapte a las condiciones cambiantes del consumo de drogas.

Esta perspectiva, hace necesaria una planificación de la intervención que englobe los diversos aspectos interrelacionados: psicosociales, educativos, laborales, etc.

En sus inicios el Plan aspira a ser un instrumento aglutinador, capaz de dar respuesta a las demandas y de rentabilizar recursos. Como ocurre en todo instrumento político-administrativo, no nos podemos olvidar del factor económico, eje básico en la materialización de todos los recursos a gestionar, aún más en momentos de crisis económica, que suponen recortes de partidas presupuestarias en todos los campos, dentro de ellos también los sociales, e incluso aún podríamos decir más, recortes en aquellos de difícil visibilidad comunitaria por su dureza, por su incomprensión social, por el carácter de conflictividad ciudadana que lleva implícito, como son las adicciones. Es objeto del Plan lograr una coordinación de las actuaciones desde la complementariedad, que redunde en una atención más eficaz al fenómeno de las drogodependencias.

Pero ya el propio Plan Comarcal nace, a nuestro entender, con ciertas deficiencias, con ciertos “olvidos” que, como veremos y plantearemos posteriormente, son una constante en todos los instrumentos normativos en el campo de las adicciones. Esta carencia inicial no es más que, como dice el propio Plan textualmente <sup>2</sup>:

*En el Plan Comarcal las actuaciones de las distintas áreas y servicios van en una misma dirección, en las que la prevención constituye el eje preferente. (Plan Comarcal sobre Drogas Campo de Gibraltar, 2008: 6)*

---

<sup>2</sup> Ver <http://www.mancomunidadcg.es>

Todas las acciones se centran en un eje principal, la prevención, al cual se dirigen los recursos, también los económicos en mayor proporción, como se deduce de lo anteriormente expuesto y es por ello que, sin restarle importancia comunitaria a la prevención, sin mermar su trascendencia en la construcción de una “comunidad de futuro”, la exclusividad de actuaciones a realizar en esta única dirección nos sirve como señal de alarma ante las posibles lagunas en el terreno asistencial.

En un entorno sociocultural como el Campo de Gibraltar, plural, abierto y multicultural, el carácter pionero de la ciudadanía, que se puede incluso calificar de marcadamente solidaria, ha supuesto la génesis de un amplio movimiento asociativo en materia de adicciones, el cual ha participado comunitariamente mediante diferentes las facetas de participación cívica (la reivindicativa y asistencial en sus inicios y posteriormente con una orientación más preventiva y menos reivindicativa). Desde los primeros momentos, todas ellas dieron lugar al conocimiento de una realidad social emergente y persistente y a una amplia repercusión mediática de una comarca, inicialmente dentro de la Comunidad Autónoma Andaluza y, posteriormente, fuera de ella.

Hoy día, en esta Comarca, bajo las directrices establecidas por este instrumento normativo, se ha dado paso a una intervención institucional que “aparentemente” intenta centrar esfuerzos en el campo preventivo y se aleja por tanto de una realidad tangible, la asistencial, y de una necesidad también inminente, proporcionar formación a todos los profesionales educativos que de manera directa e indirecta inciden en el quehacer diario y la evolución del fenómeno de las adicciones.

Hablamos por tanto de la necesidad de formación, pero no en el centro escolar, donde sí se han volcado las administraciones en programas preventivos de cuestionable eficacia para los educandos y para los educadores, sino fundamentalmente, fuera de él, fuera de los tradicionales espacios de formación, que no por ello dejan de serlo. Y,

muy especialmente, formación para profesionales que realizan su labor en el marco del trabajo asistencial de las adicciones.

Frente a un proceso dinámico y cambiante, siempre novedoso y variable, tanto por los tipos de consumos, por la población susceptible y los diferentes usos de sustancias, por las propias sustancias empleadas y en la aparición de conductas adictivas sin sustancias y las variables a considerar al abordarlas profesionalmente, nos olvidamos, o al menos relegamos, la formación de los profesionales a un segundo plano de interés.

En el campo formal, en la escuela, la formación preventiva se concreta, a veces, con mayor frecuencia de la deseada, en acciones puntuales, de dudosa validez educativa, quedando dicha ejecución en manos de agentes formadores, que provienen del movimiento asociativo. Su formación, la de estos profesionales, dependerá de las posibilidades que dispongan las diferentes entidades del Tercer Sector, en su capacidad de gestionar los procesos de formación del personal que la integra. Quedan pues al margen los educadores del centro, quienes deberían ser realmente los verdaderos actores junto con los educandos, para que la acción preventiva perdurase en el desarrollo de todo el proceso educativo y así, sus efectos perdiesen ese carácter puntual, para tomar continuidad en el tiempo.

Pero, ante todo lo anterior, considerando la adicción como realidad existente en el medio educativo, podemos plantearnos ¿Qué formación recibe un profesional de la educación ante un educando con problemas de adicción? Y aún más allá, ¿cuál es la formación que las administraciones públicas han puesto a disposición de cualquier agente educativo en caso de desarrollar su labor profesional en el campo del tratamiento de las adicciones y, por tanto, se “enfrenta” ante una realidad como es un educando consumidor? ¿Se ha reflejado en el Plan Comarcal dicha necesidad? ¿Se ha interesado alguna administración de formar a los profesionales que intervienen en la atención a las drogodependencias

y adicciones? Y, en su caso, ¿ha mantenido actualizada dicha formación? O por el contrario, ésta se deja en manos de la iniciativa privada, la iniciativa del movimiento asociativo y la voluntad del propio educador. Partíamos también de cuestiones como si debía de entenderse esta formación desde una perspectiva de educación permanente, educación a lo largo de toda la vida, o es más bien bajo el concepto de formación continua y bajo qué enfoque, bajo qué filosofía de intervención?

Así siguiendo lo expuesto por Sabán (2009: 45): "La formación continua es un elemento esencial de la educación permanente".

Manifestando la autora que:

*La idea de formación continua parece responder a una necesidad personal tanto como a un imperativo económico debido a la vez a la evolución rápida de la tecnología –con lo que dicha evolución supone para el empleo –y a un deseo natural de promoción profesional y social (M´Bow, 1971:409, cit. en Sabán, o.c.).*

Más adelante sostiene que:

*La noción de educación permanente aunque coincidente con la formación continua en su objeto material, se distingue claramente por su objeto formal. La formación continua se caracteriza por su carácter puramente funcional, mientras que la educación permanente se caracteriza por la voluntad de asegurar el desarrollo del hombre en todos sus aspectos, como individuo, como miembro de la sociedad, para la producción y la participación política, para la cultura y el ocio. (Ibíd.).*

Podemos formular los siguientes hechos, en los siguientes términos:



Una vez que hemos reflejado este marco geográfico de estudio y ya marcado nuestro objetivo inicial, como es el análisis de las acciones formativas dirigidas a los profesionales de la educación-educadores en una amplia concepción del término, los cuales desarrollan su acción en el campo de la atención a las adicciones en el Campo de Gibraltar, podemos indicar, que dichas acciones formativas no representan en principio una línea de actuación principal a lo largo de la normativa que las regula.

Y podemos también plantearnos que el contenido formativo que reciben los profesionales, dista bastante del concepto de educación permanente, como base fundamental para la ciudadanía activa, y aun mas, podemos formular que este proceso formativo no prioriza en pilares como educación para la ciudadanía, educación cívica, ni en educación en valores para los educadores. Y de igual forma no se produce su traslación posterior a los educandos. Al menos en esa búsqueda de una participación comunitaria activa, independientemente de su “abandono temporal” de la adicción o no, manteniendo por tanto, una línea de formación basada aún más en conceptos y contenidos psicológicos, orientados a cambios conductuales y conceptos y contenidos propiamente sanitarios (farmacológicos y toxicológicos).

## 2.2. Marco Normativo

Tal y como se refleja en el Plan Comarcal, la intervención en materia de drogodependencias, estará delimitada por la normativa legal en el ámbito nacional y autonómico, que desarrollamos a continuación.

### A NIVEL EUROPEO

Estrategia Europea contra la Droga (2005-2012), Recomendación del Parlamento Europeo destinada al Consejo y al Consejo Europeo sobre la estrategia europea en materia de lucha contra la droga(2004/2221(INI)).

### A NIVEL NACIONAL

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43 consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la Salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho.

La Ley General de Sanidad (14/1986), de 25 de abril, constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud.

La Ley Reguladora de Bases de Régimen Local, de 2 de abril de 1985, en su artículo 25 define las competencias de los Municipios en la promoción y desarrollo de recursos e instrumentos de apoyo social, protección de la salubridad pública, seguridad en lugares públicos, prestación de los Servicios Sociales y de promoción e inserción social, actividades o instalaciones culturales y deportivas, ocupación del tiempo libre.

El Plan Nacional sobre Drogas, desde su creación en 1985 ha ido sentando las bases fundamentales de actuación en materia, tanto en lo que se refiere al control de la oferta como a reducción de la demanda, en

las tres dimensiones de la prevención, la asistencia y la inserción, dedicando un considerable esfuerzo a la Coordinación con la Comunidades Autónomas en este terreno de intervención.

La Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008, aprobada por el Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, marca las metas y objetivos de las distintas Administraciones.

En este sentido, corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico le confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

I.-Desarrollar políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.

II.-Procurar la integración social de los usuarios de drogas, mediante el desarrollo de planes de formación profesional y promoción del empleo.

III.-Elaborar y poner en marcha medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.

IV.-Ejecutar la función y la potestad sancionadoras, así como la cooperación de la policía local.

V.-Coordinar las intervenciones en materia de drogodependencias a nivel local.

La Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo comprendido entre 2009 al 2016, aprobada por Resolución del Consejo de Ministros de 23 de enero de 2009 (B.O.E. 38 de 13 de febrero de 2009). Allí se señala que, como desarrollo y complemento al marco de aplicación establecido en la misma, se elaboraran dos planes de acción cuatrienales consecutivos, que abarcarán todo el periodo de vigencia de la misma. Así tras la entrada en vigor de ella, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas impulsó el proceso de elaboración del primero de ellos, para el periodo 2009-2012.

El Plan de Acción 2009-2012, tiene una estructura similar al vigente Plan de Acción de Drogas Europeo, y comparte con él idéntico periodo de vigencia, asumiendo y teniendo también en consideración todo lo incluido en las distintas legislaciones autonómicas en materia de drogodependencias y adicciones, así como lo establecido en los distintos Planes Estratégicos aprobados en las distintas Comunidades Autónomas y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

El plan contempla seis ámbitos de actuación de acuerdo con los objetivos marcados en la estrategia e incluye 68 acciones a desarrollar en los mismos. Uno de esos objetivos ellos es la formación. De todos modos el mayor peso del Plan recae en acciones en el ámbito de reducción de la demanda.

La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, adopta nuevas medidas para limitar la disponibilidad y accesibilidad a los productos del tabaco, restringir su publicidad y promoción, extender los espacios libres de humo y promover actividades educativas, preventivas y asistenciales en materia de tabaquismo.

La Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

## **A NIVEL AUTONÓMICO**

Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas. (BOJA Nº 83, 19 de Julio de 1997), modificada por Ley 1/2001, de 3 de mayo. (BOJA Nº 59, de 24 de mayo de 2001) y por Ley 12/2003, de 24 de noviembre (BOJA, Nº 237, de 10 de diciembre).

Decreto 167/2002, de 4 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de 4 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de drogas. (BOJA Nº 67, de 8 de junio).

Decreto 209/2002, de 23 de julio, por el que se aprueba el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. (BOJA Nº 98, de 22 de agosto).

## **A NIVEL LOCAL**

Ley 7/2006, de 24 de Octubre sobre potestades administrativas en materia de actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía.

Vamos por tanto a revisar el desarrollo normativo que constituye los pilares fundamentales en el abordaje de las adicciones en el Estado Español.

Tomamos como inicio del presente estudio normativo, el planteamiento de las intervenciones que han sido realizadas a nivel estatal en materia de drogodependencias en los últimos años. Situando como punto de referencia, la Evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas del período comprendido entre los años 2000–2008. Sus conclusiones darán lugar al nuevo plan estratégico en el cual nos encontramos inmersos. En esta evaluación se reflejan las actuaciones que desde el año 2000 hasta el momento actual han sido desarrolladas y desde aquí hacia una perspectiva de futuro hasta el año 2016. De todas ellas, resaltamos las que hacen referencia a la formación de profesionales relacionados con la problemática de las adicciones en el Estado.

Posteriormente nos centramos en la acción formativa dirigida a los profesionales que actúan en el ámbito del tratamiento de adicciones. Es, en este punto, donde adquiere especial relevancia la hipótesis planteada objeto de nuestra investigación, la cual justificará la necesidad formativa de los profesionales que trabajan en el campo del tratamiento de las adicciones. Se persigue, como objetivo final de dicha formación, la

consecución de una ciudadanía crítica y activa, de unos ciudadanos, nuestros educandos, que aún manteniendo una conducta disocial, motivada por una adicción, no sea causa de exclusión social y ciudadana.

### **2.2.1. Los referentes del marco normativo**

Nos servirá una visión fugaz de las actuaciones formativas evaluadas en la Estrategia Nacional 2000 – 2008 (Ministerio de Sanidad y política Social) y las comprendidas en la Estrategia Nacional del Plan Nacional sobre Drogas 2009-2016 (Ministerio de Sanidad y Política Social) y las del Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012 (Ministerio de Sanidad y Política Social) para comprender y analizar la necesidad de seguir avanzando en los procesos de formación, desde una perspectiva de la educación permanente de los profesionales y guiados en el espíritu de una educación integral inclusiva.

Los pilares básicos de la acción formativa de los profesionales de los recursos asistenciales que queremos resaltar serán la educación en valores y la educación para la ciudadanía o educación cívica. Los resaltaremos especialmente por ser los que constituyan la estructura central de la propuesta formativa de nuestra investigación. Si bien debemos de establecer que la tradicional Educación en Valores, hasta el momento actual está presente en los programas formativos desarrollados y a partir del mismo, entendemos que debe de incluirse de igual forma los contenidos presentes en Educación para la Ciudadanía. Planteamos, por tanto, la necesidad de incluir los principios y contenidos que la Educación para la Ciudadanía aporta para la adecuada inserción cívica del educando, en una comunidad globalizada. Todo ello nos ha de servir como posible propuesta formativa, que bajo un enfoque utópico, haga de la educación y, concretamente del proceso de educación permanente de

los profesionales, el elemento transformador de la realidad social que suponen las adicciones y que recogemos en la presente investigación.

Para ello procederemos a realizar una breve exposición de la presentación, objetivos formativos y conclusiones tanto de la Evaluación de la anterior Estrategia Nacional (2000-2008), como de la vigente (2009-20016). Justificaremos a continuación la importancia de la educación permanente, para proceder a formar a profesionales, que además de demostrar sus conocimientos en el campo de las adicciones, sean capaces de formar a personas críticas y útiles para la sociedad a la que pertenecen. Estableceremos como pilares fundamentales la tradicional Educación en Valores y la Educación para la Ciudadanía“, o bajo la denominación de Educación Cívica, puesto que los contenidos fundamentales que determinan la toma de conciencia e interiorización de los derechos y deberes ciudadanos, lejos están de los traídos y llevados aspectos, hoy día eliminados, que se han mantenido en constante conflicto político” en nuestro Estado.

Esta última formación cívica, tan criticada, pero tan realmente necesaria a nuestro entender, debería estar presente en el proceso educativo en las Comunidades Terapéuticas y, por tanto, en los planteamientos formativos de los profesionales.

Partiendo del hecho que los pilares en los que se sustenta una educación inclusiva, educación favorecedora de la normalización, deben de ser la tradicional educación en valores, hasta el momento presente en los programas terapéuticos-educativos, no podemos obviar la necesidad de incluir los principios y contenidos que la educación cívica introduce para la adecuada inserción del ciudadano adicto en una comunidad globalizada. Principios y contenidos que nos servirán también en la génesis de una posible propuesta formativa complementaria, que recogemos en el presente estudio.

Nos planteamos esta revisión, ya que precisamos analizar si hay un esfuerzo “real” por parte de las administraciones para conseguir ese proceso inclusivo de nuestros educandos, más allá de una mera exposición de voluntades plasmadas en documentos de carácter administrativo. Dicha revisión debe servirnos para poder apreciar si la acción formativa desarrollada sobre el profesional redonda en una acción inclusiva en el sujeto destinatario de dicha actuación educativa. En este momento y muy brevemente, planteamos el porqué surge la necesidad de hablar de una educación inclusiva, qué queremos decir precisamente bajo el término inclusión y cuáles son las distintas perspectivas o enfoques.

Así, siguiendo lo manifestado por Echeita (2007: 76) en *Educación para la inclusión o Educación sin exclusiones*:

*La inclusión no es lugar, sino sobre todo es una actitud y un valor que debe iluminar las políticas y prácticas que den cobertura a un derecho tan fundamental como olvidado para muchos excluidos del planeta.*

De igual forma sostiene que:

*El fenómeno de la exclusión social, no siendo nuevo está adoptando en las últimas décadas características y dimensiones cada vez más preocupantes, no solo en países en desarrollo, como indicaba el informe Delors, sino en nuestras prósperas sociedades occidentales y es, además, un proceso que parece ir en aumento. (o.c.:77).*

También y en relación con el concepto exclusión social, podemos destacar lo manifestado por García (2003), señalamos que:

*El concepto de pobreza se ha construido desde la metáfora espacial de “arriba y abajo”, es decir desde la estructuración del espacio social. Los pobres son los que están debajo de*



*la escala social y la medición de la pobreza se hace con indicadores económicos. La exclusión por el contrario se construye desde la metáfora de “dentro y fuera”, los excluidos son los que no cuentan, son insignificantes y sobran. La exclusión añade a la pobreza la impotencia, la fragilidad de los dinamismos vitales, los contextos inhabilitantes.* (cit. en Echeita, 2007:77).

Y sin lugar a dudas, son los ciudadanos que requieren atención educativa especializada ante su adicción y por ende, intervención educativa de los profesionales, punto de partida del presente estudio.

### **2.2.2. La Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)**

En relación con la evolución de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), ésta se presentó no sólo como una aplicación sistemática de los métodos de investigación a la valoración de las intervenciones de las distintas administraciones participantes en el Plan Nacional sobre Drogas, sino como elemento que el mismo Plan consideraba decisivo para fundamentar la definición de futuras políticas, legitimando así su adopción estimando la evidencia de su eficacia y su eficiencia.

La evaluación debía tener tal y como se indica en su presentación, las siguientes características, transcritas de forma íntegra (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008:3):

-Ha de resultar sencilla y factible en un periodo relativamente breve de tiempo.

-Ser fiel al modelo de evaluación establecido en la propia formulación de la Estrategia Nacional de Drogas.

-Aprovechar y continuar la experiencia previa de evaluación realizada con el Plan Nacional sobre Drogas, en particular la evaluación intermedia de la estrategia. Esto permitiría evaluar la consecución de objetivos a mitad y a final del periodo de vigencia.

-Ser metodológicamente correcta y por ello dentro de las aportaciones metodológicas que incluía esta evaluación quedan reseñadas algunas de las más significativas:

-La evaluación debe ser participativa, incorporando las contribuciones de los principales agentes sociales interesados en el control del consumo de drogas y las drogodependencias.

-La evaluación debe culminar con un análisis funcional de los resultados, para sugerir relaciones de causalidad entre las acciones de la Estrategia Nacional sobre Drogas y los logros alcanzados en el control de la oferta y especialmente en la demanda de drogas. Además ello permitió identificar algunos objetivos no suficientemente alcanzados que pueden ser objeto de acciones inmediatas de mejora.

-Se deben utilizar técnicas cuantitativas y cualitativas de evaluación.

La Estrategia Nacional sobre Drogas quedó estructurada y por ende evaluada en tres grandes áreas (prevención, asistencia y reinserción social) y dentro de cada una de ellas se organizaron en ámbitos (Ibíd).

Los indicadores que fueron analizados se clasificaron en tres tipos: de proceso, producto y resultado. Entendiendo por indicador proceso aquel que es utilizado para medir la evolución de los procesos de cambio. Es utilizado para investigar cómo se ha hecho algo, en lugar de medir el resultado obtenido. En otro orden, un indicador de producto es el utilizado para medir los productos obtenidos, que se derivan, de los procesos. Por

último un indicador de resultados es el que mide resultados finales de una acción.

De igual forma destacaremos el nivel de eficacia obtenida en los indicadores de interés en nuestro estudio (relevancia alta, media y baja). La formulación de relevancia, tal y como queda indicada en la evaluación, obedece a criterios de “percepción“, que tal y como también queda expuesto, no tienen porque ser compartidos por todos los actores o lectores de dicha evaluación.

Todo ello nos lleva a que si analizamos los objetivos dentro del **área de prevención**, en base al tipo de indicador y al grado de logro obtenido vemos que los objetivos relacionados con la formación quedarían de la siguiente forma:

I.-Objetivo 2.2-Formación del profesorado. En proceso. Relevancia media.

II.-Objetivo 5.1- Acreditación formación del profesorado. En proceso. Relevancia media.

III.-Objetivo 11.2- Formación de profesionales en centros penitenciarios. Objetivo producto. Relevancia media.

IV.-Objetivo 12.2- Formación profesionales medios de comunicación. Objetivo producto. Relevancia media.

En cuanto al **área de de asistencia e inserción social**:

I.-Objetivo 8.1- Inserción sociolaboral de reclusos drogodependientes. Objetivo tipo resultado. Relevancia media.

II.-Formación de profesionales de Grupos de Apoyo a Drogodependientes (GAD). Objetivo tipo producto. Relevancia media.

Finalmente en el **área de reducción de daños**:

I.- Objetivo 2.3- Formación de profesionales en estrategias de Reducción del Daño. Objetivo producto. Relevancia media.

II.- Objetivo 5.4- Formación del profesorado de autoescuelas. Objetivo tipo proceso. Relevancia media.

Revisadas las conclusiones que a continuación presentamos, extractadas del documento original del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, podemos apreciar que no se realiza una evaluación sobre la oferta formativa y planes de formación realizada hacia los profesionales que trabajan en drogodependencias y adicciones, ni antes de la puesta en marcha del Plan Estratégico, ni en su desarrollo, ni en su finalización.

Por tanto, una visión rápida de las conclusiones que se extraen de la Estrategia Nacional hasta el año 2008, nos llevaría a entender que no se ha dotado inicialmente del peso específico adecuado a los contenidos formativos de los profesionales y lo que es fundamental, para su adaptación permanente a la realidad cambiante del proceso social en el que están inmerso y con el que interactúan. Quedando por tanto las intervenciones formativas relegadas, como hemos señalado anteriormente a formación en medio escolar, en centros penitenciarios y en profesionales de las autoescuelas.

Entendemos que debería ser fundamental, en cualquier plan estratégico y cualquier estrategia nacional en esta materia, poder partir de un conocimiento exacto de cuál es la formación inicial de estos profesionales que serán los vehículos conductores del proceso educativo. Así como establecer unos objetivos finales en formación, al final del desarrollo de esa estrategia nacional, que sirva para mantener esa permanente formación de estos ejecutores de la labor educativa. Puesto que el objetivo final de esta intervención multidisciplinar no puede ser exclusivamente la consecución de una mejora no meramente sanitaria o psicológica del individuo, sino la búsqueda de una “madurez educativa

integral” que le posibilite su inclusión comunitaria de un ciudadano activo, crítico y participativo, sin importarnos, ni dándole un sobrevalor, al proceso que le acompaña a su desarrollo vital, la adicción.

Señalamos también que, como se puede ver con facilidad, todos los indicadores sometidos a evaluación, son dotados en el informe de una valoración media, de una relevancia como tal indicador idéntica en todos los casos. Por ello, se refuerza el planteamiento que los aspectos formativos en cualquier área analizada no alcanzan la preponderancia debida una vez evaluados.

### **2.2.3. Conclusiones planteadas en la Evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)**

Estas fueron algunas de las conclusiones planteadas en el Plan Nacional:

#### **2.2.3.1. Conclusiones en el ámbito escolar dentro del Área de Prevención**

Resalta por tanto que, si bien se han producido en medio escolar avances fundamentales en el campo preventivo, es necesaria la formación del profesorado, de los profesionales educativos en materia de adicciones. Así:

*Ha habido indudables avances en prevención escolar: han mejorado los sistemas y mecanismos de acreditación de programas de prevención y la coordinación con el sistema*

*educativo alcanza un desarrollo satisfactorio. Se dispone de programas que han demostrado su eficacia y que pueden ser tomados como modelo de trabajo. Sin embargo la aplicación de programas en el aula y la formación del profesorado deberían intensificarse. La cobertura de los programas es mayor en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria que en el resto de ciclos educativos y que en los grupos en situación de mayor riesgo. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008: 30).*

#### **2.2.3.2. Conclusiones en Prevención en la Comunidad**

En esta ocasión, hay que señalar la escasez de criterios e instrumentos de valoración del riesgo comunitario que permitan priorizar las actuaciones hacia las zonas y grupos más necesitados.

Consideramos que los objetivos planteados en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 para este ámbito de actuación se limitan a unos pocos aspectos de la intervención y no permiten dar una idea global del tipo, cobertura y características de las intervenciones desarrolladas.

Por tanto podemos añadir, que en el campo preventivo comunitario, todo ha quedado a voluntad de los propios entes municipales y entes supra-municipales. Ha dependido de criterios quizás de la tan traída y llevada “oportunidad política” más que de criterios puramente de “necesidad comunitaria”.

Y destacamos que:

*El logro de los objetivos sobre intervenciones en la comunidad es alto, fundamentalmente en el desarrollo de Planes Locales sobre drogas. (o.c.: 33).*

#### **2.2.3.3. Conclusiones en el área de asistencia en Comunidad**

Podemos resaltar de estas conclusiones que si bien es cierto el notable desarrollo asistencial, resaltamos los planos sanitarios de la adicción y su necesidad de incidir en ellos e incluso destacamos el avance en las relaciones de la justicia con la adicción, lo jurídico –penal y lo sanitario –social, pero podemos preguntarnos: ¿Dónde ha quedado lo educativo en la intervención asistencial en el marco de la comunidad?

En este sentido, destacamos que:

*La red de asistencia al drogodependiente está bien desarrollada y garantiza la accesibilidad de esta población a una amplia variedad de servicios y recursos dentro de la propia Área de Salud, aunque hace falta mejorar los sistemas de control de calidad de los servicios.*

*Ha evolucionado positivamente la asistencia a la población drogodependiente con problemas jurídico penales, aunque la coordinación de este sector con el de drogas debe ser mejorada. Deben incrementarse las acciones preventivas con población drogodependiente, como grupo especialmente vulnerable. (o.c.: 43).*

#### **2.2.3.4. Conclusiones en relación a la integración sociolaboral del drogodependiente**

Si el objetivo de toda acción educativa, debe ser el conseguir que nuestros educandos, con problemas de adicción, sean ciudadanos activos, con posibilidades de un desarrollo pleno en comunidad, este proceso de incorporación sociolaboral, en base a estas conclusiones no ha resultado lo fructífero que debiese. Quizás motivado por la falta de formación, de competencias, de las que hemos dotado a los agentes que a través de los recursos ofertados en planes municipales, o a través de los recursos ofertados en un medio cerrado, como es el medio penitenciario. Comunitariamente nos “excusamos” justificándonos con la falta de participación de los educandos, cuando quizás deberíamos de reflexionar sobre la “responsabilidad” en la adquisición de competencias por los agentes implicados en el proceso educativo. A modo de síntesis, podemos decir que:

*La oferta de recursos para la inserción socio laboral del drogodependiente ha aumentado, especialmente desde los Planes Municipales de drogas; sin embargo, el porcentaje de participantes en estos programas es bajo, sobre todo de los tratados en la red de atención a las drogodependencias, siendo mas alta en el caso de personas drogodependientes en instituciones penitenciarias.*

*Es difícil disponer de datos sobre el número de personas drogodependientes que participan en estos programas, excepto en el caso de las prisiones, quizás por la tendencia a utilizar recursos normalizados en los que la condición de drogodependiente no se considera. Se desconoce los resultados de estas intervenciones; de hecho no se tiene constancia de que sean objeto de evaluación o seguimiento.”*  
(o.c.: 47).



### 2.2.3.5. Conclusiones en el área de la reducción de daños en la Comunidad

En esta ocasión nos enfrentamos a las conclusiones en unos recursos asistenciales, donde la dureza de esta realidad social se hace más plena. Recursos donde el día a día es un constante “vivir” inmersos en la adicción, donde la adicción no es un lastre, no es un requisito previo a abandonar, no es un condicionante para hacer uso del servicio socio-sanitario, pero donde los aspectos educativos quedan mermados, al menos inicialmente, ya que se le otorga mayor importancia a la actuación, nuevamente preventiva de accidentes de tráfico, que sin dejar de ser una realidad social de dimensiones fundamentales, no puede llevarnos a dejar en el olvido a aquellos otros ciudadanos, consumidores, adictos, que viven otra realidad, menos convencional, dramáticamente mas presente en la sociedad. Abordar exclusivamente esta intervención desde un prisma del gasto sanitario derivado de los accidentes de tráfico y desde el plano de la reducción del consumo de heroína por vía parenteral, es solo reflejar una mínima parte de la realidad. Así:

*Los programas de reducción de daños para personas drogodependientes se han generalizado. Los cambios en los patrones de consumo (reducción de consumidores de heroína por vía parenteral) han repercutido probablemente en un ajuste en la cantidad de servicios ofertados entre 2004 y 2008. Tanto la cantidad como la variedad de servicios que se ofertan pueden valorarse positivamente para el caso de la heroína.*

*Se han incrementado notablemente los esfuerzos para reducir los daños asociados al consumo de drogas en la población general, con especial énfasis en la prevención de*

*accidentes de tráfico. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008: 51).*

Podemos concluir en esta primera aproximación que, en vista de lo destacado en estas conclusiones de la evaluación de la Estrategia Nacional 2000-2008, en las diversas áreas expuestas, y dentro de ellas, en sus distintos niveles de organización, tanto en el medio escolar, como en las actuaciones educativas llevadas a cabo en el seno de la Comunidad, tanto en los planos preventivos, asistenciales y sociolaborales, no se consigue dar un papel predominante a las actuaciones formativas de los profesionales en sus aspectos. Todo ello a pesar de ser estos planos de acción, ámbitos de importante actuación educativa- formativa reconocidos por la propia Estrategia Nacional. De igual forma que se ha resaltado aquellos aspectos, que bien por la mayor repercusión social, como la formación del profesional educativo en medio escolar, o bien por su mayor repercusión comunitaria a través de los medios de comunicación social, refiriéndonos en este último caso a las acciones que hacen incidencia sobre los accidentes de tráfico, hacen en ambos casos eclipsar la necesidad palpable de una estrategia formativa al resto de profesionales.

La evaluación, a la que nos referimos en estos momentos de nuestro trabajo de investigación, profundiza en otros aspectos, como por ejemplo, la calidad en los servicios prestados a la Comunidad. Y sin entrar en la valoración de los mismos, en cuanto a criterios de oportunidad político-formativa frente a la ausencia existente de iniciativas que aborden la evolución de los contenidos formativos de mayor interés o relevancia social, que deben estar a nuestro criterio presentes en todos los profesionales implicados, hemos de resaltar la ausencia en la formación de los profesionales asistenciales.

Esta evaluación da sentido a la formulación de una nueva estrategia nacional, la Estrategia Nacional 2009-2016, en cuyo desarrollo nos encontramos inmersos, y dentro de cuyo objetivo sí se plasma de

manera explícita la trascendencia de los procesos formativos de los profesionales.

Dentro de los objetivos generales de esta estrategia actualmente en desarrollo tenemos:

*Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009: 47).*

Por tanto, nos encontramos ya directamente con la “necesidad” de mejorar y ampliar, de “actualizar” y de “potenciar” todos los procesos formativos de los profesionales que van a “actuar”, que van a ser actores educativos en el ámbito de las adicciones.

Dentro de los ámbitos de actuación, anteriormente destacados, hacemos referencia a la formación, que es abordada dentro de la propia evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas y en dicho objetivo formativo centraremos nuestras próximas reflexiones.

En el plan de formación que aparece en la Estrategia Nacional vigente, Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, se contempla de manera transversal e individualizada la formación, ya que se trata de una dimensión básica para conseguir mejorar la competencia de los actores implicados en la prevención y el control de los problemas relacionados con las drogas (incluyendo las intervenciones en el área asistencial como en el de incorporación sociolaboral).

Y así, siguiendo lo referido en el capítulo 5.4. relativo a Formación de la actual Estrategia, destacaremos que:

*Los propósitos de este ámbito de actuación formativa se refieren a la mejora de la calidad de todas las intervenciones y actuaciones contempladas en la Estrategia que con una*

*marcada preferencia por la reducción de la demanda, y la contribución a la mejora de la calidad de cualquiera de los otros ámbitos. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009:83).*

Dicha estrategia, incluye, desde nuestro punto de vista, y en relación a los ámbitos de actuación, la perspectiva del drogodependiente, del sujeto con conducta adictiva, como individuo integrante de una colectividad independientemente de su patología adictiva.

Se trata, pues, tal y como refleja el documento ministerial, de contribuir a la mejora de las competencias profesionales de quienes desarrollan su trabajo en los servicios sociales, educativos y sanitarios. Especialmente, en los contextos concretos donde se realicen actuaciones destinadas a la promoción de estilos de vida saludables y a la difusión de contenidos relacionados con un mejor desarrollo de la salud en la comunidad (centros educativos, de recursos sociales y de salud de la atención primaria, así como de los recursos propios de la salud pública, etc.).

Es objetivo de este documento asimismo, fomentar y mejorar la capacitación de las personas que trabajan, remunerada o voluntariamente, en las entidades ciudadanas y comunitarias, así como la contribución al desarrollo de las competencias del resto de agentes implicados: profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales, educadores, responsables de los servicios de sanidad penitenciaria, trabajadores y profesionales del sector del ocio, profesionales de los medios de comunicación, etc.

En el marco teórico de nuestro estudio, hemos querido resaltar la importancia de las competencias educativas de los actores que participan en la tarea formativa- educativa de nuestra población objeto de estudio

(personas con problemas de adicción) relegando a un segundo plano, la mejora en las competencias sanitarias de los mismos.

Para conseguir llevar a cabo este tipo de capacitaciones de los profesionales, los aspectos que deben establecerse de forma coordinada desde el Plan Nacional Sobre Drogas, en colaboración con los responsables del sistema educativo, son los siguientes:

I.- Establecer las prioridades, formular los objetivos y diseñar los procedimientos de evaluación de los programas de formación, tanto propios como subvencionados

II.- Elaborar criterios y procedimientos de acreditación de los programas de formación de los profesionales que trabajan en drogodependencias.

III.- Aumentar y diversificar la oferta formativa estableciendo prioridades y requisitos que estimulen el diseño y el desarrollo de formación en aquellas facetas que se consideren más relevantes, o en las que se hayan detectado carencias.

IV.- Promover la formación en técnicas concretas de investigación y en la transmisión y difusión de los conocimientos en las áreas científica y social.

Los colectivos a los que se deben ofrecer las actividades y programas de formación según se recogen en la propuesta del Plan Nacional son, entre otros:

Asociaciones y entidades ciudadanas. En este caso, la oferta formativa debe estar abierta a las demandas existentes, pero incorporando criterios de calidad, así como programas específicos para las entidades que reciban subvenciones de las distintas instancias que constituyen el Plan Nacional sobre Drogas. De especial relevancia se debe considerar el papel a desarrollar con y por las Asociación de Madres

y Padres de Alumnos (AMPAS) ya que debe suponer un refuerzo de complementariedad añadido al trabajo que desarrolla el personal docente.

Profesionales que integran la comunidad educativa. Facilitar al profesorado formación e información fiable que incluya criterios de valoración, así como de aplicación de contenidos y métodos apropiados a cada etapa evolutiva. Complementariamente, es conveniente promover y facilitar la implicación voluntaria de adolescentes con interés en participar en intervenciones de prevención entre iguales.

Profesionales de la salud y de los servicios sociales. Aunque ya se ha expuesto anteriormente, se debe hacer hincapié en la necesidad de formación y actualización permanente de los profesionales y trabajadores implicados en la asistencia a las personas afectadas por problemas de adicción relacionados con las drogas y a sus familias.

Agrupaciones familiares de personas afectadas. Se deben realizar ofertas formativas ágiles y adaptadas, dirigidas a mejorar la relación familiar y a promover su implicación en la prevención, el apoyo y la reinserción.

Hemos seleccionado nuestra actuación en estos colectivos, desde el propio movimiento cívico ciudadano a los entornos y agrupaciones familiares de las personas afectadas, pasando por el tradicional contexto escolar para finalmente, resaltar que también es necesaria este mismo tipo de intervención en los profesionales que trabajan en el campo de las adicciones, en la línea de una educación continua y permanente, para atender el dinamismo y las necesidades que plantea la sociedad en el trabajo y la atención a las personas adictas.

Por último, hay que destacar que el Plan de Acción 2009 – 2012, el cual está ubicado dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, escoge los mismos aspectos ya reflejados en la Estrategia Nacional sobre Drogas mencionada en el párrafo anterior. No se va a incidir ni a manifestar actuaciones concretas y singulares en ninguna de

las áreas de actuación, ni sobre ningún agente en concreto, al tratarse, sencillamente, de una “hoja de ruta” de actuaciones y posterior evaluación que nos permitirá saber el grado de consecución de objetivos planteados.

Mantenemos, por tanto, la necesidad de concretar acciones específicas en formación en áreas y colectivos específicos marcadas en espacios temporales concretos. Y todo ello, desde una perspectiva, desde un prisma concreto, desde la percepción que todo proceso formativo en los profesionales debe realizarse dentro del marco de la educación permanente en su más amplio sentido y tomando como pilares del proceso educativo, la formación en valores y la educación para la ciudadanía, ante la ya tradicional línea formativa de actualización meramente sanitaria-farmacológica y de modificación conductual (psicológica), para abordar así un aspecto más humanista en el tratamiento de las adicciones.

#### **2.2.4. El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones**

Continuamos nuestra investigación abordando lo establecido en la normativa autonómica. En este caso concreto y, fiel al marco geográfico donde hemos deseado centrar nuestro estudio, abordamos la normativa andaluza al respecto.

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones constituyó el instrumento fundamental a través del cual se consolidaron los avances realizados en los últimos quince años en la Comunidad autónoma andaluza, así como el primer promotor de la innovación en la atención a los fenómenos propios de los consumos de drogas.

Este documento se caracteriza porque, partiendo de una filosofía respetuosa con las opciones de los ciudadanos y ciudadanas, articuló objetivos y estrategias posibilitadoras de la libre elección basada en la responsabilidad y el conocimiento, y garantizadoras de una correcta asistencia a las personas afectadas por las consecuencias negativas del consumo de sustancias junto con otras actividades adictivas, sin obviar el compromiso con la formación de sus profesionales y agentes sociales. Todo ello junto con la mejora de los sistemas de información y otras herramientas que permitan una gestión de calidad, así como la potenciación de la investigación y el desarrollo del conocimiento.

Dentro de las líneas generales que conducirán este Plan y dentro del contexto de los principios éticos que marcan el II PASDA podemos destacar la importancia otorgada al impulso de la acción investigadora y formativa.

En este sentido diremos que toda la información sobre el consumo de drogas de las personas en tratamiento se obtiene a través del actual sistema andaluz de información en drogodependencias (SAID), que recoge a través de indicadores concretos, datos sobre el perfil y las pautas de consumo. Simultáneamente tendremos información a través de los estudios bianuales que realiza la Dirección General de Drogodependencias y Adicciones sobre la prevalencia del consumo y la actitud de los andaluces ante las drogas de la población general.

Y en concreto, en relación con la formación, señala lo siguiente:

*Con relación a la formación de los profesionales y agentes que intervienen en el Plan, la oferta de formación para asumir nuevos retos va a responder a un proceso continuo y coordinado con la acción investigadora, encauzándola hacia el conocimiento del fenómeno de las drogas en sus aspectos preventivos, asistenciales y de incorporación social. (Consejería Asuntos Sociales, 2001:52).*



El II PASDA se articuló en torno a cinco áreas de actuación, y dentro de ellas, la formación es el objeto de nuestro análisis. Surge como novedad en él una particularidad. Por primera vez se le da carácter de transversalidad al área de reducción de riesgos y daños, y esto hace que esta área recorra, a través de objetivos y estrategias, a lo largo de cada una de las restantes áreas.

Con relación a los aspectos temporales la duración del II PASDA, cubría una etapa comprendida desde el año 2002 al año 2007. Su aprobación se realizó mediante el Decreto 209/2002 de 23 de julio, y se procedió a su evaluación a lo largo de los años 2007 y 2008. Ya en ese momento el órgano político correspondiente, adoptó la decisión de impulsar y crear un nuevo III Plan cuyo marco de actuación abarcara desde 2010 a 2016.

A pesar de ello, aún no se ha puesto en marcha este III Plan. Actualmente existe un Comité Director para su impulso y coordinación. Podemos apreciar que existe por tanto un retraso destacable desde el momento de la evaluación del plan y la necesidad de implantación de las líneas de trabajo para el futuro. Todo ello en el seno de una sociedad, en el seno de un fenómeno como son las drogodependencias y las adicciones en general que se caracterizan por ser un fenómeno cambiante que si bien precisa una revisión continua de sus actuaciones, también precisa de una rápida capacidad para establecer nuevas estrategias, nuevas respuestas ante las necesidades detectadas.

Queremos destacar una posición ideológica, una posición ante las drogas presente en el Plan Andaluz. Esta posición que a continuación describimos, marca una forma singular de entender el fenómeno de las adicciones y de la forma de abordarla.

Así podemos decir que las actuaciones destinadas a dar respuestas al fenómeno de las drogas se inspiran en una serie de principios éticos que quedan así señalados:

*Toda intervención debe de estar dirigida a la obtención del equilibrio personal, a través de políticas de información, educación ciudadana y eliminación, en lo posible, de las condiciones y situaciones de vulnerabilidad. Este planteamiento implica que todas las acciones que se desarrollen en materia de drogas estarán centradas en el abordaje integral de las personas, con independencia de sus circunstancias de consumo, procurando una mejor calidad de vida y previniendo, al mismo tiempo situaciones que puedan conllevar a la exclusión social. (Consejería de Asuntos Sociales, 2001: 47).*

Continuando de forma que:

*Es imprescindible trabajar en la línea de disminuir las situaciones de riesgo individual y colectivo y en la corrección de las causas que han dado lugar a la materialización de esos riesgos” (Ibíd.)*

Y por último considerando:

*Es una responsabilidad colectiva salvaguardar los derechos que supone el reconocimiento de la dignidad individual de todos los ciudadanos, por deteriorados que puedan estar en su situación personal (Ibíd).*

Considerando estos principios generales, podemos y debemos decir, como punto de arranque, que este Plan Andaluz supone ya una apuesta verdaderamente progresista, innovadora y “transgresora” de la tradicional visión que de las drogodependencias se tenía en la Comunidad. Por otro lado, intenta recuperar la búsqueda de la “dignidad”, como ciudadanos de pleno derecho, que tienen las personas afectadas, reforzando las acciones encaminadas a modificar las situaciones de exclusión generadas, a actuar “más educativamente”, transformando las causas motivadoras de esa exclusión.

Por ello, sin olvidar ese efecto “retro-alimentador” que se produce en todo proceso educativo, donde educador y educando se “fortalecen” en un proceso de enseñanza –aprendizaje mutuo, es por lo que entendemos que a través de dichos procesos llevados a cabo con los profesionales, se trata de la mejor forma de conseguir nuestro objetivo, el equilibrio personal del educando – adicto, puesto que el formador en su quehacer diario va a interactuar con adictos y familiares, generando el cambio. Y es esa intervención formativa sobre el profesional, la que debe de contener los instrumentos base para su traslación posterior al ciudadano adicto y su entorno más inmediato.

Es a través de la educación permanente del profesional, de su formación en valores y en principios de ciudadanía activa y responsable, como debemos de conseguir la transformación del educando y su entorno. Todo ello sin olvidar todas las aportaciones que desde el campo de la psicología y desde el campo puramente farmacológico podamos sumar al proceso de cambio, pero sin renunciar a la consecución de objetivos, por muy deteriorado que estén los educandos en cuanto a su situación personal y siempre con independencia, tal y como antes reseñamos, de las circunstancias de consumo.

La educación es considerada factor modificador de situaciones de exclusión, tanto al considerarla como factor de cambio de situaciones de exclusión para el educando, como al considerar las acciones dirigidas al educador. El contenido de dicha formación constituirá el conjunto de “herramientas modificadoras” de la realidad.

La educación permanente de los profesionales, por tanto, es planteada como eje fundamental en la acción formativa a desarrollar. Y todo ello, con la finalidad de lograr procesos formativos que ayuden a la consecución del principio de globalización y de integralidad, de normalización y de integración.

Debemos de partir de la consideración global, integral, de la persona y de los grupos sociales, y no sólo de sus aspectos parciales. De igual forma debemos de utilizar los cauces que la sociedad establece para la satisfacción de las necesidades sociales y culturales, respetando el medio familiar, el entorno social y el derecho a la diferencia.

Hasta aquí hemos querido extractar la línea ideológica del Plan, en el cual la formación se refleja en el apartado denominado Información, Formación e Investigación Científica y se concreta en las siguientes **objetivos generales y objetivos específicos**, junto con las **estrategias**<sup>3</sup> que exponemos a continuación:

A.- Incrementar el conocimiento y la capacitación de los profesionales y sectores sociales con relación al fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones que permitan una mejor respuesta en sus distintos ámbitos de actuación. (Objetivo General D.2.).

A.1.-Definir con precisión los destinatarios a los que se dirigen los programas de formación en drogodependencias y adicciones. (Objetivo específico D.2.1.).

A.1.1.-Realizando estudios de necesidades formativas de profesionales y agentes sociales del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. (Estrategia D.2.1.1.).

A.2.-Impulsar el desarrollo de una línea de formación de los profesionales andaluces del Plan Andaluz de Drogas y Adicciones. (Objetivo específico D.2.2.).

A.2.2.1-Firmando convenios con universidades andaluzas y otras instituciones docentes para la puesta en marcha de programas de formación permanente inicial con alumnos que permitan disponer de un

---

3

[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia\\_archivos\\_II\\_Plan\\_Andaluz\\_sobre\\_Drogas\\_Y\\_Adicciones.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_archivos_II_Plan_Andaluz_sobre_Drogas_Y_Adicciones.pdf)

responsable docente de estos programas en cada Universidad. (Estrategia D.2.2.1.).

A.2.2.2.-Firmando convenios con otras Universidades y otras instituciones docentes para el diseño e implementación de cursos postgrado on line, semi-presenciales y presenciales, destinados, prioritariamente a profesionales y futuros profesionales de las drogodependencias y otras adicciones. (Estrategia D.2.2.2.).

A.2.2.3.-Fomentando el intercambio y la formación de profesionales andaluzas en instituciones internacionales con prestigio en drogodependencias. (Estrategia D.2.2.3.).

A.2.2.4.-Formalizando acuerdos, convenios, y otras fórmulas de cooperación con instituciones docentes para la realización de actividades de formación en drogodependencias y otras adicciones y la puesta en marcha de redes de formación permanente para profesionales. (Estrategia D.2.2.4.).

A.2.2.5.-Incluyendo en los programas de formación específica temas concretos: tabaquismo, abuso de alcohol en jóvenes, consumo de psico-estimulantes, adicción a la heroína, así como nuevos consumos y adicciones sin sustancias. (Estrategia D.2.2.5.).

A.2.2.6.-Poniendo en marcha programas de formación en nuevas tecnologías aplicadas a adicciones. (Estrategia D.2.2.6.).

A.2.3.-Impulsar el desarrollo de una línea de formación de los agentes comunitarios andaluces y, especialmente, de los movimientos sociales andaluces. (Objetivo específico D.2.3.).

A.2.3.1.-Formalización de convenios de colaboración para la formación de profesionales de la información con la RTVA y otros medios de comunicación según marca el artículo 11.6 de la ley 4/97 de Prevención y Atención en materia de drogas. (Estrategia D.2.3.1.).

A.2.3.2.-Apoyando la puesta en marcha de intervenciones, programas y campañas de promoción de la salud, educación sobre drogodependencias y adicciones, sensibilización fortalecimiento del tejido social y educación en valores en el ámbito comunitario. (Estrategia D.2.3.2.).

A.2.4.-Proporcionar la formación necesaria a los sectores adecuados sobre la filosofía y metodología en la reducción del daño en el consumo de drogas y adicciones sin sustancias. (Objetivo específico D.2.4.).

A.2.4.1.-Incluyendo en todas las actividades formativas contenidos teóricos y metodológicos de reducción de riesgos y daños en los ámbitos educativo, comunitario y laboral. (Estrategia D.2.4.1.).

A.2.4.2.-Promoviendo y realizando actividades formativas específicas de reducción de riesgos y daños destinadas a profesionales de la red asistencial de drogodependencias, a los profesionales sanitarios del SAS, al colectivo docente, a los profesionales de las policías locales, a los mediadores juveniles y a otros agentes sociales. (Estrategia D.2.4.2.).

A.2.4.3.-Formando en teoría y metodología de reducción de riesgos y daños, a los educadores de calle. (Estrategia D.2.4.3.).

A.2.4.4.-Incluyendo, entre las tareas del coordinador asistencial de los centros de tratamiento, funciones de la promoción de formación teórico-metodológico en reducción en daños y riesgos de los equipos asistenciales de referencia. (Estrategia D.2.4.4.).

A.2.4.5.-Editando materiales formativos sobre reducción de riesgos y daños para su utilización en las actividades en las que se incluyan contenidos de este enfoque. (Estrategia D.2.4.5.).

A.2.5.-Proporcionar la formación necesaria a los sectores adecuados sobre prevención en drogodependencias y adicciones sin

sustancia en los ámbitos laboral, educativo y comunitario. (Objetivo específico D.2.5.).

A.2.5.1.-Incluyendo en las actividades formativas promovidas desde el II PASDA, contenidos teóricos y metodológicos de prevención primaria y secundaria en los ámbitos educativo, comunitario y laboral. (Estrategia D.2.5.1.).

A.2.5.2.-Realizando programas de formación a nivel local, provincial y regional, adaptados al contexto de los usuarios de los programas. (Estrategia D.2.5.2.).

A.2.5.3.-Incluyendo en las tareas de los responsables de la implementación de los programas, la promoción e implicación en los programas de formación. (Estrategia D.2.5.3.).

A.2.5.4.-Favoreciendo los encuentros para los intercambios de experiencias, la organización de conocimientos dispersos y la elaboración de propuestas de actuación. (Estrategia D.2.5.4.).

A.2.5.5.-Aumentando las actividades educativas en materia de prevención y educación para la Salud dirigidas a profesionales de la red asistencial andaluza. (Estrategia D.2.5.5.).

A.2.5.6.-Aumentando las actividades formativas en materia de prevención y educación para la salud dirigidas a orientadores, mediadores, agentes de intervención, profesorado y miembros de los EOE. (Estrategia D.2.5.6.).

A.2.5.7.-Editando material propio de la Comunidad Andaluza para Educación Secundaria que reúna determinados criterios de acreditación mínimos. (Estrategia D.2.5.7.).

A.2.5.8.-Introduciendo una asignatura optativa en materia de prevención y educación para la salud durante la formación inicial de los estudios de Magisterio, Ciencias de la Educación , psicopedagogía,

Educación Social, Psicología, así como otros en los que se valore la adecuación de la misma. (Estrategia D.2.5.8.).

A.2.5.9.-Realizando actividades de formación específica para miembros de las AMPAs y resto de colectivos de padres. (Estrategia D.2.5.9.).

A.2.5.10.-Introduciendo módulos o bloques de prevención en la formación que reciben los agentes y mediadores comunitarios. (Estrategia D.2.5.10.).

A.2.5.11.-Realizando actividades de formación específica para agentes y colectivos del movimiento asociativo. (Estrategia D.2.5.11.).

A.2.5.12.-Elaborando materiales diversos y soportes informáticos actualizados, dinámicos que puedan ser divulgados en los centros de trabajo y que contengan información significativa para los trabajadores acerca de los riesgos asociados al consumo. (Estrategia D.2.5.12.).

A.2.13.-Elaborando materiales formativos para su utilización en la creación de módulos sobre prevención laboral. (Estrategia D.2.5.13.).

A.2.5.14.-Introduciendo contenidos acerca de los riesgos asociados al consumo en el ámbito laboral en la formación que se ofrece desde el INEM (actual SAE), y otras entidades, especialmente en la formación de parados de larga duración y de jóvenes en busca de su primer empleo. (Estrategia D.2.5.14.).

A.2.5.15.-Introduciendo formación laboral en los programas de formación a los profesionales de los centros de drogodependencias y adicciones. (Estrategia D.2.5.15.).

A.2.5.16.-Mejorando la difusión de las publicaciones sobre nuevas sustancias y nuevos consumos. (Estrategia D.2.5.16.).



A.2.5.17.-Incrementando el número de publicaciones sobre nuevas sustancias y consumos. (Estrategia D.2.5.17.).

A.2.6.-Proporcionar la formación necesaria a los sectores adecuados sobre atención –socio sanitario en drogodependencias y adicciones sin sustancia. . (Objetivo específico D.2.6.).

A.2.6.1.-Promoviendo la realización de actividades formativas específicas de atención socio –sanitaria destinadas a los profesionales de la red asistencial de drogodependencias y adicciones , a los profesionales sanitarios del SAS, y a agentes sociales , basadas en sus necesidades formativas y en las características de la realidad local donde se realicen . (Estrategia D.2.6.1.).

A.2.6.2.-Incluyendo en los programas de formación específica contenidos de trastornos psicopatológicos asociados al consumo de sustancias y otras conductas adictivas y de diagnóstico dual. (Estrategia D.2.6.2.).

A.2.6.3.-Introduciendo en las actividades formativas de atención socio-sanitaria, dirigidas a profesionales de la red asistencial andaluza, contenidos de evaluación de procesos y resultados. (Estrategia D.2.6.3.).

A.2.7.-Proporcionar la formación necesaria a los sectores adecuados sobre incorporación socio –laboral en drogodependencias y adicciones sin sustancia. (Objetivo específico D.2.7.) .

A.2.7.1.- promoviendo la realización de actividades formativas específicas de incorporación sociolaboral destinadas a profesionales de la red asistencial de drogodependencias, a los profesionales sanitarios de atención primaria, a los profesionales de policía local y agentes sociales. (Estrategia D.2.7.1.).

A.2.7.2.-Diseñando programas de formación específicos para profesionales y agentes sociales directamente relacionados en acciones

de incorporación sociolaboral en población drogodependiente y adictos sin sustancia , agentes de desarrollo local , agentes de empleo y formación , etc. (Estrategia D.2.7.2.).

A.2.7.3.-Incluyendo en las tareas de los agentes de implementación de programas, funciones de promoción de la formación de los equipos asistenciales de sus centros de referencia. (Estrategia D.2.7.3.).

A.2.7.4.-realizando acciones formativas e informativas para empresarios y empresas de trabajo temporal. (Estrategia D.2.7.4.).

A.2.7.5.-Publicando un libro blanco que recoja los métodos y los usos de incorporación sociolaboral más adecuados a la realidad social y laboral de Andalucía. (Estrategia D.2.7.5.).

A.2.8- Garantizar la coordinación de las acciones puestas en marcha en materia de formación de drogodependencias y adicciones desde el II PASDA. (Objetivo específico D.2.8.).

A.2.8.1.-Creando comités interdisciplinarios de coordinación y evaluación de las acciones implantadas en cada provincia. (Estrategia D.2.8.1.).

La enumeración realizada en las páginas anteriores, constata que, distintos objetivos generales y específicos, van encaminados a diferentes aspectos relativos a la educación permanente de los profesionales de la red, incidiendo en la necesidad de acciones educativas en el campo de educación para la salud. Por otro lado, destacamos que en la estrategia D.2.3.2. (ver II PASDA, 2001:126), se hace referencia a la necesidad de intervenciones en el ámbito comunitario en educación en valores. Se incide en la utilización y formación de profesionales en las nuevas tecnologías aplicadas a las adicciones (Ver II PASDA, 2001:126). Dichas tecnologías deben servir como instrumentos educativos, situación no del todo clarificada en los objetivos específicos, ni en las estrategias, dejando ver quizás su utilización en planos más relacionados con comunicación

interna y externa, dentro de la red asistencial, con flujos de intercambio de información, más que como instrumento de educación socializadora.

Se incide en los procesos formativos para multiplicidad de profesionales, incluidos los de la red, si bien se profundiza más en acciones en el campo preventivo, tanto en medio educativo como medio laboral y comunitario. Adopta un papel fundamental la transmisión de conocimientos sobre nuevas tendencias en el consumo, nuevas sustancias y nuevas formas de adicción sin sustancia. Cobrando un papel fundamental las acciones encaminadas a la formación, en cuanto la formación en el aspecto “innovador” del Plan, como es el carácter transversal asignado a la formación en reducción del riesgo y daño en el consumo de sustancias y adicciones sin sustancias.

Apreciamos, en estos momentos primeros momentos, una ausencia completa de aspectos de educación para la ciudadanía dentro de las líneas formativas a llevar a cabo, si bien poco después de la publicación y puesta en marcha del plan andaluz, se declarará el año 2005 como Año Europeo de la Ciudadanía a través de la Educación. Dentro de los temas transversales desde una perspectiva educativa vemos que solo es abordada, por tanto la educación para la Salud y destaca también la educación en valores.

Todos estos objetivos, donde incluimos los objetivos formativos, han sido evaluados durante los años 2008 y 2009. En la propia parte expositiva de la Orden de 18 de noviembre de 2009, por la que se crea el comité director para el impulso y de coordinación de la elaboración del III Plan Andaluz (BOJA de 11 de diciembre de 2009), se indica que se han cumplido en gran medida los objetivos que fueron planteados anteriormente.

Posteriormente procederemos en el desarrollo de nuestra investigación a ver cuales fueron las intervenciones formativas concretas que, a través de la Fundación Andaluza para la Atención e Incorporación

Social (FADAIS), antes denominada Fundación Andaluza para la Atención de las Drogodependencias (FADA), se han realizado sobre los profesionales en el periodo de vigencia 2002- 2007 y ello nos permitirá ver si en esta línea de formación continua de los profesionales, aspectos de educación para la ciudadanía junto con educación en valores estuvieron presentes al proceder al desarrollo de estos objetivos generales y específicos.

### **2.2.5. El Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar**

Para finalizar esta aproximación a la realidad institucional, una vez plasmados los instrumentos, que tanto a nivel estatal se disponen, junto con los de rango autonómico y considerándolos a todos ellos ejes instrumentales que definen las acciones a realizar, procederemos a analizar, muy rápidamente, el elemento normativo más próximo a la ciudadanía, el establecido a nivel comarcal.

Realizaremos dicho análisis a través de los objetivos planteados por el propio Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar, vigente actualmente, donde está presente entre sus objetivos la formación.

Aunque debemos de indicar que, dentro de la globalidad de matices que “envuelven” a este Plan Comarcal, a este instrumento normativo, desde su propia concepción, fruto de una combinación entre el impulso político generado desde diferentes tendencias ideológicas y del acuerdo establecido a nivel institucional con el movimiento asociativo, el cual goza de una fuerte influencia en la zona, tal y como se refleja en el propio Plan, y en consonancia con la metodología comunitaria planteada

en dicho documento, se incide más en acciones que supongan actuaciones de interés sociopolítico sobre la población “sin “problemas de adicciones o “sin visibilidad de presencia de conductas adictivas”.

Por ello, estas acciones pueden entenderse por tanto como acciones desarrolladas esencialmente en la esfera preventiva y así, en el ámbito comunitario, podamos a la vez justificar la existencia de estructuras administrativas de nueva creación.

Así son objetivos del Plan Comarcal del Campo de Gibraltar los siguientes<sup>4</sup>:

A.-Diseñar actuaciones de carácter preventivo en el ámbito comunitario, escolar, familiar y laboral, enfocadas a reducir la demanda de drogas y a establecer hábitos de vida saludables, potenciando el desarrollo personal, las habilidades sociales y la autoestima.

B.-Promover el cumplimiento de la legislación vigente, dando prioridad a las actuaciones de regulación y control de la promoción, venta y consumo de alcohol y tabaco.

C.-Potenciar la colaboración y el apoyo Institucional y ciudadano a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, a la Judicatura y Ministerio Fiscal.

D.-Ser un instrumento aglutinador, capaz de dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes niveles de la Administración y a las aportaciones realizadas desde los diferentes servicios, rentabilizando los recursos y armonizando las iniciativas.

E.-Impulsar programas que faciliten la integración e inserción sociolaboral de las personas que presentan alguna problemática relacionada con las drogas. Desarrollar políticas activas de empleo tales

---

<sup>4</sup>Ver: [www.mancomunidadcg.es/.../mostrararchivoRuta.jsp?...%5Cmancomuni...](http://www.mancomunidadcg.es/.../mostrararchivoRuta.jsp?...%5Cmancomuni...)

como Escuelas Taller, Casas de Oficios y Talleres de Empleo y acciones formativas ocupacionales y terapéuticas.

F.-Apoyar la red de asistencia, para la desintoxicación y deshabituación de los drogodependientes y a sus familias, favoreciendo y reforzando la labor realizada.

G.-Fomentar la investigación y la formación para acercar a la sociedad campogibaltareña los avances y conocimientos sobre la materia, además de dotarla de los instrumentos necesarios para afrontar los retos que plantean las drogodependencias.

H.-Dar respuesta a acciones que se propongan de la mano de las instituciones, o procedentes de otros estamentos como la judicatura, las fuerzas de seguridad o el sistema sanitario y social.

I.-Favorecer la coordinación de las actuaciones entre los servicios existentes, que se encuentren implicados en el Plan Comarcal sobre Drogodependencias, desde la complementariedad, así como la colaboración con otras instituciones públicas y privadas sin ánimo de lucro, que desarrollan iniciativas en materia de drogodependencias ,para dar una atención más eficaz al fenómeno de las drogodependencias.

J.-Crear una comisión de seguimiento del Plan Comarcal que permita una evaluación continua del proceso y del resultado del plan.

Centra el Plan Comarcal, las acciones de formación dentro del área de información, formación e investigación, a la formación de profesionales cuya actividad tenga relación directa con el fenómeno social de las drogas, donde se resalta que es aspecto fundamental la formación, si se quiere mejorar sus niveles de competitividad y de eficacia de los programas por ellos desarrollados. Destaca el aumentar la cualificación técnica de los agentes de prevención como de favorecer el reciclaje de los mediadores en la prevención de las adicciones.

Vemos por tanto la carencia que parece evidente realizarse en otros campos de actuación, aun más en aquellos de incidencia directa sobre la población adicta.

Sin querer profundizar más, deberíamos destacar como muy relevante el hecho de “pasar de largo”, casi de trascordar en la línea ideológica que todo Plan tiene, los modelos de investigación, formación y apertura a nuevos enfoques en la intervención en adicciones que presenta este Plan.

Así, queremos indicar que la propia Comunidad Autónoma Andaluza, en el estudio ya realizado, concretamente en el denominado proyecto experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía y dentro del contexto del II Plan Andaluz, consideró la posibilidad que un municipio de esta zona geográfica, el Campo de Gibraltar, fuese sede del programa PEPSA<sup>5</sup> (Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía), compaginando la investigación en esta comarca con la que llevaría a cabo en la ciudad de Granada, en donde finalmente se materializó. Pero si en otros momentos en el campo de la investigación en materia de adicciones, esta comarca tomó la iniciativa, no es deseo de “dejar en el olvido” esta progresista y muy reivindicada acción experimental por parte de todos los que de una forma más o menos directa participamos en ella. Por ello, bajo ese espíritu nace esta investigación, para volver a intentar que el enclave geográfico donde se desarrolla la investigación, vuelva a tomar la iniciativa en acciones innovadoras en materia de adicciones y, por el contrario, evitemos continuar primando a las acciones más tradicionales en el campo preventivo, que sin desmerecer importancia, presentan sin duda incidencias muy difusas y lentas en el tiempo.

El PEPSA consistió un estudio científico que intentó demostrar que la prescripción diversificada de opioide (heroína y metadona) era más favorable que la administración de metadona oral en la mejoría de la

---

<sup>5</sup> Ver: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia\\_archivos\\_PEPSA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_archivos_PEPSA.pdf)

salud física y mental, así como una mejor y mayor integración social de las personas drogodependientes. De esta forma sin abandonar la novedosa tendencia de investigar cual sería la posición que podía ocupar la prescripción médica de heroína como nuevo tratamiento alternativo, se continuó profundizando en las líneas educativas, de intervención socioeducativas como ejes fundamental del proyecto. Reforzamos lo “fundamental” en nuestra hipótesis de trabajo. Bajo nuestra particular visión de trabajo, debemos desprendernos de los conceptos más sanitarios, más farmacológicos y reforzar los conceptos más educativos para una resolución más favorable y duradera del “conflicto”.<sup>6</sup>

La acción de la farmacología en el tratamiento debe ser simplemente, a nuestro entender un “favorecedor” al “cambio”, un elemento que ayude y acompañe a lo que realmente “de sentido duradero” a la intervención terapéutica. Si se define la drogodependencia, a efectos de la ley andaluza, la Ley 4/1997 de prevención y asistencia en materia de drogas, a las drogodependencias, como una enfermedad crónica y recidivante, que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo y que se caracteriza por una tendencia compulsiva al consumo de drogas, hemos de entender que el carácter crónico y fundamentalmente la existencia de recidivas deben de hacernos buscar alternativas en la intervención, donde olvidemos el carácter sanitario del proceso y busquemos su perfil más educativo, más inclusivo.

De igual forma existe una amplia iniciativa, que está surgiendo en la Comunidad Autónoma por parte de la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida Enlace<sup>7</sup>, dedicada a potenciar en estos momentos la creación y su posterior desarrollo de una escuela para la inclusión social. Esta escuela inclusiva, gestada en estrecha colaboración con el profesor Valverde, docente en la Universidad Complutense de Madrid, pretende ofrecer un cauce de preparación teórica y práctica para

<sup>6</sup> Ver: <http://www.easp.es/pepsa/quienes+somos/evolucion+del+pepsa.htm>

<sup>7</sup> Ver: [www.f-enlace.org/](http://www.f-enlace.org/)



las personas que intervienen con colectivos de exclusión social, con un enfoque basado en la participación y el aprendizaje continuo.

Podríamos aquí enlazar estas nuevas ideas con las del inicio de la investigación al hablar del modelo educativo de Freire y el hecho de no poder separar los procesos educativos del educador y del educando, de esa “retroalimentación” siempre necesaria y siempre presente. Y también lo enlazamos con esa necesidad y esa realidad de enfocar las actuaciones con colectivos en exclusión con una visión educativa inclusiva y a la vez permanente, continuada “a lo largo de la vida”. La educación permanente de los profesionales como eje del “cambio transformador” de los educandos, de los actores educativos objeto de intervención en un proceso de inclusión.

Todo ello no hace más que resaltar, a nuestro entender, la gran necesidad existente ante “el vacío palpable o al menos insuficiente” en la práctica formativa y la derivación para la adquisición de las competencias adecuadas a iniciativas fuera de la propia administración pública en la mayoría de las ocasiones. Tendencia aún persistente, de adquisición de formación a través de iniciativas que nacen en el seno del movimiento asociativo, siendo preciso una apuesta “más decidida y real” de las administraciones públicas por la formación de los profesionales de las adicciones, como una parte más de su labor profesional.

Sería en este momento enormemente complejo centrar nuestro estudio en las acciones de formación, en cada uno de los distintos tipos de recursos asistenciales que existen en nuestro marco geográfico objeto de estudio, motivada dicha complejidad por la variedad de recursos existentes y la multiplicidad de variables, que tanto en programas terapéuticos desarrollados como en las líneas ideológicas inspiradoras, como en los recursos humanos y económicos disponen.

Los recursos asistenciales existentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía son:

-Centros de tratamiento ambulatorio.

-Centros de Encuentro y Acogida.

-Comunidades Terapéuticas.

-Viviendas tuteladas.

Por ello elegimos como objeto de estudio, el modelo más tradicional de intervención, las comunidades terapéuticas, teniendo en cuenta para nuestra investigación, las de carácter público, no entrando a valorar lo adecuado o no de otros modelos educativos y de intervención en general, no valorando otros modelos privados o vinculados a movimientos religiosos o de cualquier otra naturaleza que puedan existir en la Comarca Campogibaltareña.

Así pues pasamos a definir como hipótesis de trabajo la necesidad, que para conseguir objetivos inclusivos en la población con problemas adictivos y lograr normalizar su conducta adictiva, comportamiento social, su participación comunitaria como ciudadanos activos, es preciso que los procesos formativos en los profesionales de las adicciones se enfoquen desde una perspectiva de educación permanente, y dentro de ella, los principios de la educación para la ciudadanía y educación en valores, constituyan los ejes directores de la formación y posterior intervención terapéutica.

Queremos complementar este encaje normativo destacando las conclusiones y recomendaciones últimas que han sido elaboradas mediante el desarrollo de la Ponencia de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del Problema de las Drogas 2011<sup>8</sup>.

Entre otras conclusiones, se destacaban las siguientes:

-Integración de las adicciones dentro del Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>8</sup> Ver: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L9/CORT/BOCG/A/CG\\_A432.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CORT/BOCG/A/CG_A432.PDF)

- Integración de los profesionales de redes implicadas en la atención a las adicciones.
- Profesionalización y especialización de la atención de las adicciones dentro de la cartera de servicios de atención primaria y salud mental.
- Realización de tratamientos personalizados e individualizados, adaptación de los recursos a necesidades y perfiles. Perspectiva bio-psico-social de la atención.
- Potenciación de nuevas técnicas de diagnóstico.
- Potenciación de programas de reducción de daños.
- Potenciación de la investigación en farmacología y en neurociencias.
- Valoración e implantación de nuevas terapias.
- Prevención, detección precoz y seguimiento de las adicciones.
- Prestar especial atención a los colectivos más vulnerables y a las nuevas adicciones.
- Reinserción familiar, laboral y social.
- Coordinación y optimización de recursos entre las Administraciones Públicas y su interrelación con la iniciativa privada.
- Propuesta de mejora en el ámbito penitenciario de las adicciones.
- Adicciones y su repercusión en la seguridad vial.
- Evaluación de las políticas públicas.

## **2.3. Marco Teórico**

### **2.3.1. La educación como proceso permanente**

#### **2.3.1.1. Educación permanente y educación fuera del sistema**

El objeto de este estudio es inicialmente valorar cuál es la formación que disponen los profesionales que desarrollan una acción educativa en el seno del recurso asistencial objeto de estudio. Por tanto, debemos desde el marco teórico, iniciar este planteamiento abordando el lugar de la Pedagogía y de las Ciencias de la Educación. Y posteriormente, daremos unas ideas sobre qué papel puede tener la didáctica en todo este proceso.

Es por todos conocidos que la educación ha despertado un interés cada vez mayor en otras ciencias como son la psicología, la sociología, la antropología, de forma que la educación se convierte en estudio de las mismas, tal y como queda puesto de manifiesto, entre otros, por Monclús en su libro *A qué llamamos enseñanza, escuela, curriculum* (2004).

Así para este autor, se produce un cambio de denominación, pasando del término pedagogía para usar el de ciencias de la educación. Esto supone una modificación tanto en la edad de los sujetos, incorporándose ya toda la vida de dicho sujeto como proceso educativo y no sólo la infancia, un cambio que también supuso en relación a la naturaleza de las situaciones de estudio, y en esta circunstancia no sólo hablamos de escolares en sentido estricto, sino que se amplía a una visión de escolares y no escolares. Junto a ello, supone también un cambio en los objetivos abordados que constituirán ya toda la

personalidad del sujeto y no sólo aspectos referentes a los planos intelectuales.

Otros autores, como Sabán (2009: 9) añaden que:

*El replanteamiento de la educación ya en los años de la II posguerra mundial, y lógicamente a partir de ella a estos días, viene motivado tanto para la Unesco como para educadores líderes, como Paulo Freire, por la necesidad de buscar una alternativa de raíz al enfoque tradicional de la enseñanza.*

Aparece por tanto la concepción de la educación como permanente y a su vez ligada a otro concepto como es el de la democratización de la educación, concepto considerado prioritario para el informe Faure. Así pues siguiendo a Sabán diremos que: "la educación a lo largo de toda la vida es la base fundamental para una ciudadanía activa y la empleabilidad en la Europa del siglo XXI". (o.c.: 10).

Nos encontramos por tanto con dos realidades a observar, por un lado el ejercicio de una ciudadanía activa "aprendida" tanto por los profesionales de la educación en los recursos asistenciales estudiados y su traslación a los educandos – ciudadanos adictos usuarios de estos servicios asistenciales y a la vez la importancia que esa educación a lo largo de toda la vida ha tenido o no para la empleabilidad de dichos profesionales y el mantenimiento de su actividad laboral o no.

Por ello continuando con lo expuesto por Sabán diremos que:

*Las transformaciones económicas y sociales están modificando y haciendo más exigentes el perfil de aptitudes básicas que todos deben de poseer como cualificación mínima que permita participar activamente en la vida laboral, familiar y comunitaria a todos los niveles. (Ibíd).*

Partiendo de una caracterización de educación desde un enfoque de respeto a las libertades individuales, la educación permanente nace para la formación y el perfeccionamiento de la especie humana y el desarrollo evolutivo de ésta como ente sociable y en desarrollo constante.

Al hablar de educación, nos referimos a un proceso de enseñanza –aprendizaje, en el que tanto educador como educando aprenden y aportan conocimientos nuevos, esta acción humana que se genera de las relaciones que se producen entre los participantes del acto educativo, hace que se produzca una socialización del acto en sí. El acto de educar se nutre de valores, procesos, del contexto en el que se desarrolle, y además, de las personas que lo componen.

La educación es por tanto una tarea que dura toda la vida, que se va perfeccionando dependiendo de las personas, los momentos y los intereses que lo muevan. La educación en sí se encuentra presente en todos los momentos de nuestra vida, en las familias, en el grupo de iguales, en el trabajo, y sobre todo en las instituciones para ello regladas que acogen todo el proceso educativo de una persona, desde su niñez hasta su edad adulta. Centrándonos en nuestro objeto de investigación, podemos añadir que la educación deberá estar presente en acciones que llevemos a cabo en las distintas instituciones asistenciales, en donde nuestros educandos no sólo buscan lograr superar su adicción a través de una modificación de su conducta adictiva, sino que, deben perseguir un proceso educativo que los capacite mediante la adquisición de competencias para la “vuelta” a la comunidad social, donde deberá de ser ciudadano “activo”, dignificado y capaz.

Concebimos por tanto la educación como una tarea permanente, tanto en el sentido vertical (a lo largo de toda la vida) como en el sentido horizontal de la palabra (todas las actividades que se realizan durante la vida: ocio, familia, trabajo).

En otro momento, esta autora reflexiona sobre el origen del concepto de educación permanente:

*La génesis del concepto de aprendizaje permanente es en sí misma un interesante ejemplo de la aparición simultánea de nuevas ideas a comienzos del decenio de 1970 donde surgieron una serie de conceptos de política educativa que tenían en común el principio de aprendizaje como actividad a desarrollar a lo largo de toda la vida, sin restringirse a los primeros estadios de la existencia del ser humano. La idea de que vida y aprendizaje caminan, o deberían caminar a la par no era nueva. Se remonta a los primeros textos conocidos de la Humanidad (o.c.: 11).*

Nos gustaría señalar que esa fecha que menciona Sabán, la década de los 70, es cuando surge como estallido social, las adicciones en nuestro país. Hacemos esta reflexión, con la única intención, que nos sirva como punto de inflexión en nuestro pensamiento, en el sentido de cómo hubiese cambiado o potencialmente podría haber cambiado la realidad de las adicciones si hubiésemos dotado de mayor valor tanto la formación de los profesionales en valores y aspectos cívicos, morales, en definitiva derivados de la ciudadanía y cómo su traslación a los educandos adictos podría haber cambiado el devenir de los hechos.

Vida y aprendizaje que siguen caminos paralelos, manifestado en textos, a los que se refería Sabán y a los que hemos anteriormente hecho referencia, que forman parte esencial de la vida en este planeta, como son el Antiguo Testamento, el Corán, el Talmud y otros muchos libros sagrados ponen de manifiesto la necesidad que el hombre tiene de mantener su aprendizaje a lo largo de toda su vida.

En el siglo XIX surgieron, en palabras de Sabán (2009: 12): *los primeros movimientos organizados para el apoyo y la promoción del aprendizaje de los adultos fuera del entorno escolar.* A lo largo de la

historia el desarrollo experimentado por la educación de adultos ha estado determinado en gran medida por factores económicos y sociales específicos. Se consiguió así la adquisición de experiencia por medio de una “segunda oportunidad” formativa o una “educación recurrente” y por primera vez se reconoció la necesidad de un reciclaje organizado para los trabajadores. Dentro de las distintas iniciativas que en este sentido se realizaban, las cuales eran fundamentalmente de carácter voluntario, pasaron a ser semi-públicas y recibiendo por tanto fondos del Estado.

Por ello:

*El dinero público llevó aparejada la adopción de un mínimo de normas y disposiciones respecto a los programas, la admisión de los participantes y la posible acreditación. La remuneración de profesores y animadores tenía que respetar los baremos públicos. En todos los aspectos, tuvo lugar un cierto acercamiento a la educación formal, que hizo posible concebir un entramado de política común a todo tipo de educación, inicial y adulta, reglada y no reglada. (o.c.:13).*

Este sentido de educación hace que nuestros pasos se dirijan hacia una adaptación e innovación del individuo y la sociedad, posibilitando formas y modelos alternativos para adquirir educación, realizando una función correctiva sobre los fallos del sistema educativo.

Desde el punto de vista teórico, la expresión Educación Permanente, consiste en ampliar, coordinar e innovar todos los recursos disponibles en las sociedades para la formación de las personas a lo largo de la vida, y en todos aquellos aspectos que sean perfectibles para el desarrollo de la subjetividad y de las comunidades sociales.

Y desde el punto de vista práctico, la Educación Permanente orienta sistemas y acciones educativas para:



I.-Prevenir y remediar carencias a determinadas edades, en ciertas ocasiones económico-socio-culturales: igualdad de oportunidades, diversidad, promoción de la mujer, en determinados aspectos de vida y convivencia (educación política, sanitaria, comunitaria, ecológica, para el ocio, para la paz), en el uso de medios de comunicación social, enseñanza mutua.

II.-Actuar con una perspectiva continua y de transformación integral en los periodos de formación, de los medios, de las materias

III.-Incorporar una perspectiva de globalización y de educación universal sin fronteras, simultáneamente con una consideración de lo particular que respeta la heterogeneidad y la diversidad. (Esteban,s.f.)

Queremos por tanto a través de estas palabras resaltar el papel de la educación permanente haciendo nuestras las palabras de Merino en *La educación fuera del sistema educativo* cuando, refiriéndose a la educación de igual forma que queda subrayado en el Informe Delors *La educación encierra un tesoro*, manifiesta que: “la educación es un proceso y un producto personal y social permanente, que se desarrolla a lo largo de toda la vida del hombre”. (Merino, 2008: 119).

De igual manera Merino resalta que la investigación y la reflexión pedagógica insiste en el hecho de que la educación se origina en la interacción de dos ejes: “individuo y sociedad y se desarrolla durante toda la vida, respondiendo a las necesidades educativas de la individualización y de la socialización promovidas por el hombre en su devenir existencial”. (o.c.: 120).

Queremos resaltar aquí el eje sociedad, en clara interacción con el eje individuo, puesto que este eje sociedad va a aportar a la educación en palabras de Merino (Ibíd.):

*Una realidad social, cultural, geográfica e históricamente específica, en la que se generan las necesidades*

*educativas de socialización que delimitarán y concretarán la acción educativa en cada contexto histórico y geográfico.*

Todo proceso de socialización es labor educativa, no hacemos por tanto más que socializar en toda acción educativa que llevemos a cabo en el seno de los recursos asistenciales, y siguiendo a Durkheim diremos que: “la educación no es otra cosa que socialización”. (Ibíd).

Este planteamiento conceptual y social, retoma a Delors (1996: 21) coincidiendo en: “va más allá de la distinción tradicional entre educación básica y educación permanente y responde a un mundo que cambia rápidamente”.

Y de igual forma, queremos resaltar *que*:

*La enseñanza y la instrucción, como procesos formativos que ayudan a las personas en su aprendizaje , pueden ser educación, pero también pueden no serlo , al igual que otros procesos que ayudan al aprendizaje cognitivo o social fuera del sistema educativo. Podemos encontrarnos con que la instrucción y la enseñanza puedan objetivar al aprendiz limitando su participación activa y se convierta en pasividad receptiva (Merino, 2008:121).*

Sin lugar a dudas en este caso no se trataría de un verdadero proceso educativo, al convertir al sujeto objeto de acción educativa en objeto manipulable. Concluimos en que:

*Estos procesos dejarán de ser educación puesto que el proceso educativo significa y es una relación humana característica que tiene en cuenta la persona, para ayudarle en su desarrollo perfectivo y no para su manipulación y adoctrinamiento. (Ibíd.).*

Por ello, considerando catalogar la acción terapéutica de los profesionales en el seno de un recurso asistencial como una acción educativa, en toda la plenitud del término, sin límites espacio-temporales, como acción transformadora de la realidad y siempre en el marco de la complejidad, podremos establecer que dicha acción educadora debería estar basada, según nuestra propuesta, en los principios y contenidos de educación en valores y ciudadanía.

Asimismo, dicha acción deberá estar planteada a partir de aspectos cívicos, morales y democratizadores, que en ningún momento podrán tener, ni tienen actualmente, una finalidad adoctrinadora ni manipuladora del individuo, sino que se desprende de la “potencial oscuridad” del lenguaje asociado a ellas por intereses ajenos al planteamiento educativo, para ser “instrumentos liberadores”. No podemos obviar, en este sentido, la importancia del lenguaje, de la comunicación, del diálogo, de la palabra, y conectando, en suma, con el modelo educativo que empleamos como referente, el modelo utópico de Freire.

### **2.3.1.2. Educación permanente y pensamiento utópico**

Como refiere Monclús en su obra *A qué llamamos enseñanza, escuela y curriculum* (2004), debemos de resaltar el aspecto utópico de la enseñanza. Así diremos, haciendo nuestras sus palabras que: “el componente utópico es determinante para entender la educación”. Para ello, retoma la obra de Suchodolski para destacar que:

*La utopía debe ser tratada como una visión general de la dirección hacia deseada del desarrollo, inspirando la específica actividad presente” y así “el último tipo de función*

*del pensamiento utópico es revelar e introducirse dentro de la lucha presente por el futuro deseado (Monclús, 2004: 95).*

El pensamiento utópico es por tanto la estrategia para la acción y por ello debemos plantearnos “que más” podemos introducir en la “dinámica acción profesional en los procesos educativos desarrollados en los recursos asistenciales a las personas con adicciones en régimen cerrado para que, la visión utópica nos abra un nuevo camino de “esperanza”.

Ya que:

*Porque la esperanza, para Freire, forma parte de la naturaleza, es decir, de la existencia, es decir de la historia. Por ello, no se puede privar de a los hombres del derecho de experimentarse esperanzadamente en el mundo, y del deber de luchar por ese derecho (Monclús, 2008: 33).*

En otro momento, el profesor Monclús sostiene que:

*La libertad es el punto de la concepción educativa de Freire. La finalidad de la educación es la liberación de la realidad opresora en la medida que lo sea Freire reitera que el dialogo es el centro de los procesos de la educación, y de la formación, porque todo el que se educa aprende, pero el educador aprende a la vez y la educación es en lo sucesivo un proceso de formación común y permanente, puesto que no hay ninguna persona que pueda ser considerada ya como definitivamente formada, educada (o.c.: 35).*

Para concluir que:

*La educación, la formación debe permitir la lectura del mundo en el que nos encontramos, y ello implica la denuncia de esa realidad injusta o inacabada mediante una actitud de*

*toma de conciencia y de crítica transformadora. Después hace falta anunciar, es decir, crear una nueva situación. Freire se proclama utópico, porque la utopía es esa acción de denuncia y de anuncio, de búsqueda de un mundo mejor, que trata sobre la realidad dinamizándola. (Ibíd.).*

Denuncia y anuncio, que siguiendo el pensamiento utópico de Freire y a través de la educación permanente de los profesionales y basándonos en dos ejes fundamentales a nuestro entender de la acción educativa, los referidos a Valores y Ciudadanía, deben ayudarnos a crear esa nueva realidad transformada, mediante ese proceso de educación para la liberación y colaborando a recuperar que nuestros educandos, últimos eslabones en el proceso educativo permanente de los profesionales, para que así consigan encontrarse como sujetos y no como objetos, oprimidos por una realidad social en torno a la que giran sus vidas. Una nueva realidad transformada que se ha de conseguir mediante la búsqueda liberadora del aprendizaje, que tendrá en cuenta el aspecto emocional del hombre. (Slee, 2012: cap.IV).

Volviendo a los inicios del presente capítulo resaltamos, que al hablar de educación permanente y de educación extraescolar, debemos plantear que:

*La educación permanente es a menudo considerada como un sinónimo de “escolarización para toda la vida, y por ello al igual que ocurre con la educación de adultos, es confundida con la educación extraescolar. Esto sin embargo no se corresponde con el pensamiento de la Unesco. Para la Organización, la verdadera concepción de la educación es la que propone una educación permanente, es decir la desaparición de compartimentos estancos entre lo escolar y lo extraescolar, pero analizando y definiendo sus roles específicos de manera complementaria, de manera que una pueda preparar para la otra, y viceversa (Sabán, 2009: 43).*

Al hablar de educación permanente y de educación recurrente, y coincidiendo con esta autora, diremos que si bien después de un cierto desarrollo de la educación permanente a nivel internacional, algunos expertos comenzaron a utilizar como sinónimo de ella el término de educación recurrente. Sin embargo, el concepto de educación recurrente se fue aproximando poco a poco más al concepto de formación continua y todo ello generó que esta enorme dificultad a la hora de precisar términos de educación permanente, educación recurrente y formación continua confirma la opinión de Jean Thomas (1975: 99) cuando escribe que existe una extrema confusión en torno a estas expresiones.

Será el informe Faure (1972: 274) el que intentará aclarar esta noción de educación recurrente al afirmar que se trata de una educación que:

*Tiende por una parte a resolver la contradicción entre escuela institucionalizada y escuela no institucionalizada integrándolas en un sistema coherente en el que se completen y se armonicen, y por otra parte a invalidar la concepción tradicional que pretende que toda educación se imparta durante los primeros años de vida, antes de entrar en la vida activa* (Sabán, 2009: 46).

A su vez, la educación permanente presenta una característica fundamental, su carácter global. La educación permanente es global, forma un todo que engloba a su vez al sujeto de la educación en la totalidad de su duración, el contenido de la educación, todos los niveles de educación y, en definitiva, la totalidad de medios educativos, los medios y los agentes de la educación. Tal y como exponen los profesores Monclús y Sabán en su obra publicada en 1997, *La escuela global*. Su idea fundamental que caracteriza a la educación permanente es la idea de “proyecto global”.

*El enfoque global de la educación permanente, a su vez se debe a la interrelación de dimensiones que se da en la sociedad actual y que impide el aislacionismo. Este marco no se ciñe a contextos locales o nacionales, sino que se refiere también a nivel internacionales (o.c.: 47).*

En la década de los 60, el Consejo de Europa había incluido dentro de sus programas el tema de la educación permanente y enseguida se demandó que tuviese un papel más importante dentro en las actividades educativas y culturales y políticas de la organización.

La educación permanente es en palabras de Sabán, concebida como un concepto fundamentalmente nuevo y de gran amplitud, un patrón educativo general capaz de dar respuesta al rápido crecimiento y a la diversificación cada vez mayor de las necesidades educativas de cada individuo, joven o adulto en la nueva sociedad europea” y de igual forma plantea que: “Los tres principios o fundamentos de la nueva política del Consejo de Europa eran igualdad, participación y globalización” (Sabán, 2009: 14).

El impulso en ese momento más importante en actividades y en la visión política en referencia a la educación permanente por parte de la Unesco tuvo su origen en “Aprender a ser”, informe de la Comisión Internacional de Desarrollo Educativo, presidido por Edgar Faure (Faure,1972). Su precedente es el trabajo de Lengrand, *Introducción al aprendizaje permanente* (1970).

Como síntesis de lo que supuso el trabajo presidido por Faure, queremos señalar que:

*La base de Aprender a ser puede caracterizarse sumariamente como nuevo humanismo, que sumado a las elevadas ideas que habían inspirado la creación de la organización, estaba enraizado en el deseo innato del*

*hombre de aprender y reforzaba el trabajo a favor de una sociedad más humana* (Sabán, 2011: 15).

El concepto de Educación Permanente trata de llevar la educación a todos los niveles de la vida con la intención de que la reciban y la ejerciten todos y cada uno de los hombres. Constituye una meta pedagógica mucho más ambiciosa que la propuesta por una educación de adultos o por un programa de alfabetización total.

En definitiva, aunque las definiciones de esta disciplina son aún demasiado amplias, queda claro que sus finalidades, contenidos y procedimientos no se reducen a una edad poco atendida en la educación institucional, ni a determinados medios o formas de ponerla en práctica, ni a algunos programas y objetivos (perfeccionamiento y promoción profesional).

Perseguimos un objetivo final que se rige por el mantenimiento y mejora de la calidad de vida. La educación permanente debe abarcar todas las dimensiones de la vida y del saber y los procedimientos prácticos, y contribuir a desarrollar la personalidad de todas las maneras posibles.

Según el Libro Blanco de Educación de Adultos (1986) existen cuatro áreas fundamentales para la formación integral de personas adultas:

I.-Formación general o de base: cuando no se consiguió en su edad es un prerequisite base de tipo compensador.

II.-Formación para el ejercicio de los derechos y responsabilidades civiles: se forma en y para la sociedad.

III.-Formación para el desarrollo personal: intensificar la creatividad, el juicio crítico.



IV.-Formación orientada al trabajo: actualizar, reconvertir y renovar conocimientos. (MEC, 1986).

Por todo ello la eficacia de la educación permanente la constataremos en sus consecuencias sociales. No dependerá de si el resultado es bueno o malo sino de si ha habido resultado o no lo ha habido. Porque entendemos que una educación permanente es eficaz si es capaz de producir una transformación en los individuos.

En esta línea, entendemos la educación permanente como un proceso de intervención socioeducativa en un colectivo territorialmente determinado que tiene por objetivo convertir cada persona, tanto individualmente como socialmente, en sujetos activos de su transformación y la de su entorno intentando conseguir la mejora en la calidad de vida.

Dentro de esta consideración de educación permanente, consideramos la formación educativa de la que nos ocupamos, para el desarrollo formativo de profesionales de la educación que se enfrentan en su tarea a una población concreta, enmarcada dentro de una institución cerrada como es una Comunidad Terapéutica y que centra todo su esfuerzo. No solo en conseguir una formación del individuo como tal, sino en la inserción o acomodación dentro del mundo laboral, mejorando su posición o presentando una alternativa de vida laboral. Se prepara al individuo para el cambio, la mejora, para actividades específicas y también complementarias, como pueden ser las enseñanzas de idiomas, la alfabetización o la enseñanza reglada en cualquiera de sus ciclos, informática, adecuada formación en la utilización de tecnologías y materiales técnicos.

Los profesionales, que se encaminan hacia la formación de este tipo de población, deben tener en cuenta diversos factores y características peculiares que no se dan en otros entornos educativos. Dichos factores, a veces, favorecen el acto educativo y en algunos

momentos lo delegan a un segundo plano, priorizando, sobre todo, en las necesidades de cada individuo y su estado emocional y psíquico y permitiendo acercar al educador a un plano diferente al que esta acostumbrado desde la perspectiva del profesor.

Todo ello, hay que incluirlo dentro de la acción formativa global, siendo necesario que, por un lado los profesionales de la educación que se enfrenten a este tipo de actuación educativa, se vean reforzados y hábiles en cuanto al aprovechamiento de los estímulos y situaciones que surgen en el aula/ espacio formativo. De igual forma, debemos de considerar dichas situaciones en los educandos, para que partiendo de ellas podamos formar así un concepto educativo repleto de contenidos y valores.

El marco ideológico en el que encuadramos esta acción educativa se nutre de la teoría antropológica, tomando como base la concepción de que los seres humanos están en continuo desarrollo, en continuos intentos de mejora para llegar a ser autónomos y críticos, alcanzando la autorrealización como meta suprema, de la que ya habló Maslow.

Para ir concluyendo en esta aproximación a la educación permanente podemos plantear, siguiendo a Sabán (2011: 19-20) los siguientes hechos:

*Se ha avanzado muy poco con respecto a la necesaria osmosis entre educación y aprendizaje, por una parte, y por otra el desarrollo social y cultural.*

*Los objetivos liberadores, emancipadores y políticamente progresistas de la educación permanente –admitidos pero no explícitamente asumidos por las organizaciones internacionales y ni siquiera por la mayoría de los países miembros-han dado paso a otros mas realistas que sirven para mantener y para mejorar los sistemas sociales existentes pero que no introduce ningún cambio radical.*

*Poco se ha conseguido a partir de la idea de recurrencia.*

Para finalizar esta aproximación a la educación permanente y para resaltar su importancia queremos destacar, siguiendo lo establecido en el Informe Delors, que en 1998 en la Conferencia Mundial sobre la Educación de la Unesco concluyó con la necesidad de propiciar el aprendizaje permanente y con la necesidad de construir y adquirir las competencias adecuadas para contribuir al desarrollo social, cultural, económico, por tanto, al desarrollo humano de nuestra sociedad globalizada.

Para ello, es sin duda necesario la capacitación de personas, en nuestro caso de profesionales de “acción educadora”, de ciudadanos que sean capaces de promover el desarrollo social, la mejora en las condiciones de vida y la superación de dificultades. Es decir, capacitar profesionales-educadores que tengan también una visión diferente al tradicional papel desempeñado en el campo educativo, y en nuestro caso en el campo educativo no formal, fuera del sistema reglado y en un contexto sin limitación espacio-temporal. Profesionales educadores que transmitan valores éticos, que proporcionen a la sociedad con sus actividad los cimientos de una función ética y cívica, más allá de la mera transmisión de de saberes y destrezas a los que los educadores se han visto muchas veces abocados en los entornos residenciales terapéuticos.

Y ante esto, ¿qué lugar ha tenido la didáctica en estas situaciones objeto de estudio, en estos procesos formativos permanentes de profesionales de recursos asistenciales?

La didáctica, siguiendo la línea planteada por Rosales (1988) y recogida por Monclús (2004: 94), se caracteriza por:

*El sentido intencional, de los procesos que desarrolla, orientándose al perfeccionamiento de la persona a través de la estimulación de un aprendizaje de carácter formativo. Además la didáctica se caracteriza por su configuración*

*histórica y social, ya que pretende el perfeccionamiento de la persona en función de unos determinados modelos y aspiraciones que aparecen proporcionados, delimitados de una manera específica según los condicionantes de la evolución histórica-cultural del contexto social. Se caracteriza por un doble sentido explicativo–normativo, ya que el explicativo aparece basado en la aspiración evidente al esclarecimiento de su campo de trabajo, y el sentido normativo aparece destacada principalmente por su carácter marcado de intervención.*

Por tanto la educación, como fenómeno complejo, busca el desarrollo personal y social del individuo, educador y educando, en interacción permanente, en ese objetivo de superación, de mejora y optimización de las personas, de mejora y optimización de las conductas (también las adictivas) y el aprendizaje.

### **2.3.2. Importancia de la Educación Permanente. Educación inclusiva**

Tal y como recogía Monclús en su obra *Utopía, educación permanente y didáctica* (1995) continuamos afirmando que el enfoque actual de la educación supone un planteamiento crítico y renovador y, por ello, supone por tanto una superación de lo individual y un enfoque global de los problemas. De iguala forma dicha interrelación de las dimensiones, individual y global, va a impedir el aislacionismo. Así mismo diremos, siguiendo al mismo autor, que:

*La educación no ha cesado de desarrollarse, como marco de valores humanos, siendo inseparable de las acciones*

*individuales y colectivas de la historia de los hombres De este modo podemos hablar de la educación como producto y factor de la sociedad. Porque la educación es a la vez un mundo en sí y un reflejo del mundo, está sometida a la sociedad y concurre a sus fines, como señala el Informe Delors (1996), especialmente al desarrollo de sus fuerzas productivas, atendiendo a la renovación de los seres humanos. La función social de la práctica educativa, bajo las formas pedagógicas y en lo múltiples contextos donde se ejerce, aparece como infinitamente compleja, pudiéndose comprobar la magnitud del poder liberador de la educación como sus impotencias, deficiencias, y coerciones. (Monclús, 2004: 101).*

La educación a lo largo de toda la vida, como quedó de manifiesto en Hamburgo, en la Quinta Conferencia Internacional sobre Educación de Adultos (Unesco, 1997): “reenfoca la relación entre trabajo y formación, la relación entre educación formal y no formal, la relación entre autoaprendizaje individual y colectivo y aprendizaje institucional”. (o.c.:103).

La didáctica y la organización escolar están influidas por condicionamientos de todo el conjunto de las ciencias sociales y por las interpretaciones aportadas por ellas, y a su vez, va a influir desde su propia identidad, en las diversas explicaciones y comprensiones de los fenómenos de dichas ciencias sociales. En este marco de interrelaciones, de condicionamientos, de influencias mutuas, dentro del conjunto de ciencias sociales, es donde nos movemos y es donde se encuentran situadas la didáctica y la organización educativa, siendo el marco de interrelación planteado el marco de la educación permanente.

El perfeccionamiento, por tanto, de los profesionales en ejercicio representa una de las claves para la innovación del sistema educativo, pues son los profesionales de la docencia, de la educación en un aspecto

más global, los que modelan muy decisivamente la calidad de la educación. Así lo han entendido otros países de nuestra área cultural y esta concepción orienta diversas recomendaciones de las organizaciones internacionales que trabajan en el campo de la educación.

Si en el sistema ordinario es de vital importancia cuanto más lo es de vital importancia en un sistema que trata de integrar dentro de sí a los sujetos considerados socialmente “distintos”.

Los educadores son una de las piezas clave en la determinación de la calidad del sistema de atención a las drogodependencias; la atención a su formación inicial y a su perfeccionamiento es consustancial a toda política educativa y social preocupada por mejorar la calidad de su servicio.

La evolución económica, social y cultural de la sociedad exige poner al día sistemáticamente los componentes del sistema, para adaptarlos a las necesidades sociales. Esta exigencia general incluye convertir la formación de los profesionales de la educación en el campo de las adicciones, en un elemento más dinámico de la renovación pedagógica, coherente con un modelo educativo actualizado, capaz de expandir y democratizar la cultura.

En cuanto a la formación y perfeccionamiento de profesionales de la educación, se suele orientar generalmente y en base a dar respuesta a la tendencia y demanda mayoritaria, hacia una formación básicamente para profesionales que ejercen su actividad en las escuelas y por tanto, la oferta formativa se ve orientada sobre todo hacia el perfeccionamiento, dentro del sistema reglado de educación, atendiendo las necesidades así sólo de los profesionales ejercientes dentro del sistema.

Pero no se atiende de la misma manera, ni tampoco con la misma consideración a aquellos profesionales que, “abriendo campos potenciales de desarrollo educativo”, orientan su labor formativa hacia otros colectivos y hacia otras tareas. Estos profesionales deben formarse

a través de postgrados y programas de perfeccionamiento, orientados en gran medida hacia otros profesionales o en torno a una tarea global, que pasa de soslayo por las necesidades específicas de los diferentes personas a las que atiende y se centran, sobre todo, en una problemática concreta y en entender sus necesidades sin adentrarse en aportar recursos y técnicas de aplicación directa en la práctica profesional. Para poder obtener una visión general de la problemática y la necesidad de perfeccionamiento de los educadores nos centramos en la bibliografía existente, que se acerca más a los conceptos generales que se pueden trasladar a otras labores formativas que se desarrollan fuera del sistema. Entendiendo que el perfil del profesional de la educación que desea, necesita y se nutre de perfeccionamiento profesional para enriquecer su labor formativa no dista tanto de la tarea en sí que desempeña, sino en el contexto, entorno y sujeto diana de su labor educativa. En este sentido y tomando como base el “Documento de bases para la elaboración del Estatuto del Profesorado”<sup>9</sup> venía a decir en lo que respecta al Perfeccionamiento del Profesorado (1985):

*La formación permanente del profesorado, tanto en su vertiente inicial como en la de perfeccionamiento, deben orientarse a procurar el desarrollo de competencias profesionales que superen, incluyéndola, la especialización en las disciplinas que se refieren a los contenidos de enseñanza. La capacidad de diagnóstico del individuo y del grupo de aprendizaje, de concreción y acomodación de los objetivos y programas, de formulación y experimentación de procedimientos y estrategias metodológicas, de organización del espacio, del tiempo, de las relaciones en el aula, de*

---

<sup>9</sup> Ver: [www.rafaelmendia.com/mendia/Estudios\\_files/PFPPEE.pdf](http://www.rafaelmendia.com/mendia/Estudios_files/PFPPEE.pdf)

*diseño de procedimientos, técnicas e instrumentos de evaluación del aprendizaje y de los mismos procesos de enseñanza, de interpretación de resultados y reformulación consecuente de los planteamientos de partida, de la capacitación profesional del profesor a lo largo de toda su vida docente,*

Y añadiría:

*Se ha deducido consiguientemente que todo miembro del personal escolar debe poder beneficiarse a lo largo de toda su carrera, de un desarrollo personal y profesional coherente e integrado (porque la formación inicial y el apoyo al profesor principiante no serían más que el comienzo) que le permita responder, en la medida de lo posible, a la vez a sus propias necesidades de formación y a las necesidades en evolución del sistema educativo. (Ibíd).*

Pero llegados a ese punto, podemos plantearnos, ¿cual es el objetivo final? ¿por qué precisamos llevar a cabo todo un proceso utópico de educación permanente en los profesionales que desarrollan su actividad en el marco de las adicciones? Y, ¿cuál es el fin perseguido en toda intervención educativa sobre estos profesionales?

Retomando las palabras de Monclús (2004:99) en torno a la educación permanente diremos que:

*El planteamiento relativamente reciente de la educación permanente en el siglo pasado, de la educación como permanente es algo que supone la consideración de de la educación plenamente utópica. La educación como algo inacabado, en la línea del perfeccionamiento, de una optimización personal, individual y colectiva implica la dimensión crítica de la utopía y la dimensión ideal y dinámica hacia algo mejor que la misma utopía transmite.*



De igual forma siguiendo al mismo autor diremos que:

*La educación permanente se remite propiamente a la libertad, a la creatividad, y a la búsqueda “permanente” del desarrollo personal y social en y por el ejercicio de dicha libertad. (Ibíd.)*

El tradicional planteamiento pedagógico ha sido el de la escolarización formal, vinculando procesos educativos con sistemas cerrados y reglados, y eso en una sociedad cerrada resulta obvio, pero cuando nos encontramos con una apertura social, en donde espacios de libertad, de crítica crecen, es donde se da cuerpo real al concepto de educación permanente. Se pierde por tanto la concepción excluyente de la educación en el seno de una sociedad abierta.

Sin lugar a dudas podemos responder que se trata de conseguir una educación inclusiva. Resaltamos en estos momentos la necesidad de una “pedagogía alternativa” sobre la que autores como Fournier (2011: 63 y ss.) han profundizado actualmente. Una educación inclusiva mediante una pedagogía alternativa también en el campo de las adicciones.

#### **2.3.2.1. La educación inclusiva como objetivo. La educación permanente como proceso hacia la inclusión**

Podemos por tanto indicar que la inclusión es un concepto muy resbaladizo en el contexto internacional, y de hecho existen en opinión de Echeita, que sigue a Dyson (2001) en sus manifestaciones, manifestando que:

*Una amplia gama de discursos sobre la inclusión que interactúan de forma compleja, por lo que sería incluso más sensato hablar de inclusiones en plural para resaltar que no se trata de un concepto singular o monolítico. (Echeita, 2007: 88).*

Continúa el autor manifestando que, por ello:

*Tal vez sería más adecuado hablar de variedades o perspectivas sobre la inclusión, cada una de las cuales tiende a poner el énfasis en algún aspecto concreto que resalte en el análisis que sigue, aunque también puede afirmarse que todas ellas tienen elementos en común que están desembocando en prácticas y proyectos orientados a conseguir que los procesos educativos contribuyan firmemente a la reducción de los procesos de exclusión social y con ellos a equiparar sus oportunidades para favorecer su bienestar personal y social. (Ibíd.).*

Si bien este autor hace referencia en el desarrollo de su pensamiento en torno a la educación inclusiva, a los alumnos con discapacidad como alumnos excluidos tradicionalmente en el sistema educativo, no es menos cierto que las personas con adicciones por sus connotaciones peculiares asociadas al consumo, no son menos excluidos del sistema educativo y del sistema social comunitario que las que presentan discapacidad.

A efectos educativos, destacamos que:

*La labor de los profesionales es identificar y proveer los servicios que cubran las necesidades de los individuos que tienen determinadas categorías de dificultad. Desde esa concepción los servicios y las ayudas necesarias se prestan mejor en grupos homogéneos de educandos con similares dificultades, pues con ello es más fácil rentabilizar los*

*esfuerzos de especialización requeridos, tanto de personal, medios y espacios. (o.c.: 89)*

Como podemos ver el modelo de intervención reflejado en el texto del anterior autor, podría ser igualmente extrapolable no solo a población discapacitada sino a población adicta, poblaciones ambas con necesidades educativas especiales.

Si hacemos referencia a lo planteado por Mel Ainscow considerado en el prólogo de la obra *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones* del profesor Echeita (2007) diremos que en él se hacía referencia a la problemática surgida a la hora de hablar de “inclusión” o “educación inclusiva”. Planteaba Ainscow una serie de elementos a tener muy presentes por ser los que van a configurar una educación más inclusiva. Dichos elementos referidos anteriormente son: la educación como proceso, su relación con la necesidad de identificar y remover barreras, su vinculación con la presencia, participación y rendimientos de los educandos y su papel enfatizado en aquellos grupos en donde se puedan encontrar en riesgo de marginalidad social, de exclusión en general.

Debemos por tanto cuestionarnos e intentar valorar si los esfuerzos formativos que posteriormente analizaremos han determinado que los profesionales en su formación, tanto inicial como permanente, hayan adoptado una forma diferente y constructiva de acercarse a la realidad de aquellos educandos en clara situación de exclusión. Y también debemos plantearnos aquí si esta formación ha supuesto, dotarlos de la capacidad competencial, de sin olvidar las dificultades, las limitaciones que el proceso adictivo tiene y tendrá en ellos, si hemos sido capaces de salvar las barreras que la propia sociedad ha construido sobre y entorno a ellos, a los educandos con problemas de adicción, para adentrarnos en trasladarles competencias de carácter ético cívico que favorezcan su inclusión mas favorable y su participación más activa en la vida comunitaria.

De igual forma podemos señalar que los esfuerzos realizados por los movimientos asociativos desde los años setenta en adelante han sido fundamentales para resaltar el concepto de integración en el campo de las adicciones. Al hablar de integración queremos resaltar la dimensión ética del propio concepto, planteándolo en términos del derecho que como ciudadanos tienen las personas adictas a ser admitidas, a poder participar de todo aquello que ofrezca la comunidad, dentro del respeto a las normas, pero sin sufrir exclusión por razón de su proceso patológico psico-social crónico.

Tras un análisis, hemos encontrado un cierto paralelismo en la evolución que ha experimentado el concepto integración en el campo de la discapacidad con “la ansiada necesidad de integración en el campo adictivo”. De igual manera que tal y como aconteció con el concepto de integración en el ámbito de la discapacidad, en el que se fue fraguando la necesidad de ir cambiando el discurso de la integración por el concepto de inclusión, podemos decir que ha acontecido en el campo de las adicciones. Ya que este último concepto, el de inclusión, nos hace centrarnos en que la mejora desde los planos educativos del educando con adicción no es solo cuestión de localización (dónde realizamos la intervención), ni de una mera proclamación de derechos a no ser segregado socialmente. Se trata de un proceso de transformación profunda de las intervenciones, que en el seno de los distintos espacios educativos, donde se proporciona atención a estos ciudadanos adictos, terminen por crear una nueva posibilidad de participación social, sin tener porqué considerar como factor limitante el carácter crónico del proceso o bien la segura aparición de recaídas a lo largo de la vida del individuo.

Los fenómenos de exclusión social son enormemente amplios y no se pueden ver asociados y, por ende, limitados a factores de pobreza económica exclusivamente (que de forma general también se mantienen en nuestra población adicta), sino que también se dan como falta de participación y problemas de acceso a la vivienda, a la salud, a la educación al empleo.

Así siguiendo a García (2003:3):

*El concepto de pobreza se ha construido desde la metáfora espacial de arriba y abajo, es decir desde la estructuración del espacio social. Los pobres son los que están debajo de la escala social y la medición de la pobreza se hace con indicadores económicos. La exclusión, por el contrario se construye sobre la metáfora de dentro y fuera; los excluidos son los que no cuentan, son insignificantes y sobran. La exclusión añade a la pobreza la impotencia, la fragilidad de los dinamismos vitales, los contextos inhabilitantes mientras los pobres iban en la última fila del autobús, los excluidos no llegaron a subirse en el, son poblaciones sobrantes.*

De igual forma podemos recoger lo expuesto por Tony Booth y Mel Ainscow, quienes ven necesario presentar la inclusión como:

*El proceso de aumentar la participación de los alumnos (educandos) en el currículo, en las comunidades descolares y en la cultura (encuadrándonos aquí fundamentalmente), a la vez que se reduce la exclusión en los mismos. (Booth, Ainscow, 1998: 2).*

Inclusión como proceso, inclusión como participación, inclusión como participación en su cultura. Continuando con el análisis podremos decir que se presenta la inclusión o la exclusión como un proceso y no como un estado o situación definitiva.

Siguiendo a Echeita (2007:93) diremos que:

*Se trata de un proceso en el que ambos extremos inclusión y exclusión, están en continua tensión de forma que el avance hacia uno, sólo se pueda producir por la reducción significativa del otro, y eso nos hace situarnos ante la*

*perspectiva de que no hay un patrón o un modelo fijo para una educación inclusiva.*

Poco antes, la Unesco había hecho una aproximación al concepto de educación inclusiva:

*La educación inclusiva puede ser concebida como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los educandos a través de una mayor participación en el aprendizaje, las actividades culturales y comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera del sistema educativo. El objetivo de la inclusión es brindar respuestas apropiadas al amplio espectro de necesidades de aprendizaje tanto en entornos formales como no formales de la educación. (UNESCO, 2005: 14).*

Dejamos por tanto patente que las acciones inclusivas están vinculadas con la consecución de una ciudadanía plena. Retomando el objeto de nuestra investigación es por lo que en nuestros educandos adictos, en nuestra población diana será de gran importancia establecer los mecanismos adecuados que nos lleven a dotarla de competencias que les posibiliten, no sólo un potencial acceso al trabajo desde los planos educativos, sino a la vez, competencias que le posibiliten una activa participación comunitaria, al menos potencialmente.

Debemos tener en cuenta que adoptamos como principio que la educación inclusiva debe de olvidar esas connotaciones de marginalidad que parece que llevan asociadas y por el contrario, dejar patente que hacemos referencia a aquellas estrategias que debemos de emplear para analizar como debemos de transformar los sistemas educativos y los diferentes entornos de aprendizaje. Nuestros educadores deben sentirse cómodos ante la diferencia, ante la diversidad surgida por una conducta adictiva asociada a una realidad social que vamos a denominar diferente, y que deben de percibirse no como un problema añadido sino más bien

como un nuevo reto, un nuevo desafío y una nueva posibilidad de enriquecimiento del proceso educativo.

Por último hay que señalar, al igual que hace Echeita (2007: 95), que:

*La educación inclusiva es tal vez en primer lugar, y quizás por encima de todo, una cuestión de valores, una opción sobre la educación que queremos y sobre el tipo de sociedad en la que nos gustaría vivir.*

De igual manera continúa expresando que:

*El ideal de escuela inclusiva, sería el lugar en el que todos sus miembros, tanto los alumnos como los adultos, se sintieran acogidos y miembros de pleno derecho, valorados e importantes para su comunidad, donde nadie por aprender de forma distinta o porque tuviera características singulares del tipo que fuesen, se situara por encima o por debajo de los demás y donde todos estuvieran llamados a aprender lo máximo posible en relación a sus intereses, capacidades y motivaciones. La comunidad escolar así constituida vendría a ser el sustento de atributos de una sociedad verdaderamente democrática. (o.c.: 96 - 97).*

La inclusión social y por tanto la exclusión son conceptos que en los últimos años se han situado en la primera línea de los debates sobre pobreza y personas desfavorecidas en la mayor parte de la Unión Europea.

Según Gidden (1998:102-103):

*La inclusión en su sentido más amplio se refiere a la ciudadanía, a los derechos civiles y políticos, como una realidad en la vida. También se refiere a las oportunidades y*

*a la participación en el espacio público. En una sociedad en la que el trabajo sigue siendo vital para la autoestima y para el nivel de vida, el acceso al trabajo es un contexto importante para tales oportunidades.*

Y al abordar la inclusión como garantía social diremos que:

*Desde la perspectiva de la inclusión como garantía social para todos, la inclusión se debe ver como algo que va más allá del cumplimiento de un derecho a estar y participar en la vida formativa, para llegar a preocuparse por el logro. (Echeita, 2007: 98).*

Ningún educando debe considerarse incluido hasta no adquirir las aptitudes necesarias para el ejercicio de sus derechos de ciudadanía y para tener un acceso a un empleo digno. Debemos, por tanto, y siguiendo a autores como Dyson, plantearnos el peso que, en el concepto de inclusión, estamos dando al hecho de estar y participar frente a la capacidad de reenganchar en el aprendizaje a grupos de personas más marginadas y vulnerables e independientemente de donde ocurra nuevamente esta incorporación al aprendizaje. Destacaremos también las actuales aportaciones al concepto de inclusión educativa realizada por autores como Slee (2012).

Podemos, por tanto, ir concluyendo recalcando que la inclusión es un proceso. La inclusión no puede entenderse como una cuestión de fijación y logros de unos determinados objetivos y una vez conseguidos, dar por concluido el proceso inclusivo. En la práctica, la labor nunca finaliza. Siguiendo a Ainscow en su ponencia presentada en San Sebastián, en octubre de 2003, bajo el título “Desarrollo de Sistemas Educativos Inclusivos” diremos que:

*La inclusión debe de ser considerada como una búsqueda interminable de formas más adecuadas de responder a la diversidad. (Ainscow, 2003: 13).*



De igual forma, continúa manifestando que:

*La inclusión se centra en la identificación y eliminación de barreras, por lo que supone siempre recopilación y evaluación de diversas fuentes con el objeto de planificar mejoras en políticas y prácticas inclusivas. Se trata de utilizar la información adquirida para estimular la creatividad y la resolución de problemas. (Ibíd.)*

Así destacamos también las aportaciones realizadas por Sabán (2012), al profundizar en el término inclusión a través del concepto de amplia participación, ya definido por Duckworth y Tummons (2010: 21).

#### **2.3.2.2. Educación inclusiva e Innovación educativa**

Partimos de la premisa que todo proceso de inclusión es un proceso de asistencia, participación y rendimiento.

De igual forma establecemos que la educación inclusiva va a tener diferentes significados para distintas personas y en distintos contextos. Todas las perspectivas, que constituyen la educación inclusiva, compatibles todas ellas, configuran una clara orientación hacia el cambio de rumbo que los sistemas educativos y los procesos educativos fuera del sistema reglado deberían seguir. Pudiendo manifestarse que el conjunto de estas perspectivas o alternativas deberían marcar el desarrollo de proyectos de innovación educativa, siempre con esta orientación inclusiva.

En palabras de D'Angelo (2008: 331) diremos que:

*Innovación, cambio y renovación suelen actuar, en la cotidianeidad del ámbito educativo, como sinónimo de mejora. Este reflejo cargado de éxito se pone en duda cuando se observa que no todas las innovaciones educativas emprendidas han provocado mejoras que permitan superar los problemas identificados en su inicio. No siempre un cambio representa una mejora, mientras que es probable que una mejora represente un cambio. Sin embargo, se puede constatar que, más allá del éxito o el fracaso que alcance la innovación educativa puesta en marcha, su inicio está marcado por la intención de producir algún cambio que mejore una determinada insatisfacción en las prácticas educativas, mientras que su desarrollo está guiado por determinadas opciones pedagógicas.*

Así que siguiendo a Carbonell, estableceremos que:

*Una definición bastante aceptable y aceptada del proceso de innovación reconoce una serie de intervenciones, decisiones y procesos, con cierto grado de intencionalidad y sistematización, que tratan de modificar actitudes, ideas, culturas, contenidos, modelos y prácticas pedagógicas. Y a su vez, de introducir en una línea renovadora, nuevos proyectos y programas, materiales curriculares, estrategias de enseñanza y aprendizaje, modelos didácticos y otra forma de gestionar y organizar el currículo, el centro educativo y la dinámica en el aula. (cit. en D'Angelo, o.c.: 333).*

Es evidente que en nuestro caso particular, al referirnos a la introducción de una línea renovadora, debemos sustituir el término centro educativo por el de comunidad terapéutica y en lugar de dinámica en el aula por dinámica en el ámbito terapéutico.

Todo proceso innovador está marcado por un supuesto ideológico que sustentará la teoría y la práctica pedagógica de los actores que desarrollan el proceso en sí. En el campo de las adicciones también es perfectamente extrapolable estas consideraciones de los procesos innovadores.

Si tenemos en cuenta la sistematización que propone Carbonell en relación con las características diferenciales entre los modelos con un enfoque conservador y aquellos otros que presentan un enfoque progresista, diremos que, en base a que la propia práctica educativa que planteamos como precisa y necesaria en el abordaje educativo de las adicciones, debe presentar características como la globalización, la igualdad, la utopía y la complejidad. La práctica docente debe ser entendida como proceso, como colaboración. Debemos, por tanto, concluir manifestando que buscamos la función del educador como agente estimulante de la formación de un espíritu crítico, como actor generador de pensamiento crítico en sus educandos mediante la construcción autónoma de su identidad tanto a la hora de pensar, de sentir como de actuar. Todo ello frente al modelo más conservador, donde se busca como función de educador la formación de una ciudadanía más individualista que autónoma, más latente y adormecida que creativa, una ciudadanía más competitiva que competente. Por esta razón destacamos la importancia de una educación inclusiva ligada al derecho fundamental de una educación democrática, justa y equitativa, tal y como se refleja en la obra de autores como Escudero (2011: 90-91).

Para concluir con este análisis diremos que:

*El propósito de innovar es alterar la realidad existente, modificando concepciones y actitudes, alterando los métodos e intervenciones y mejorando o transformando, según los casos los procesos de enseñanza y aprendizaje.*  
(D'Angelo, 2008: 346).

Por tanto, si unimos los conceptos de inclusión y los de innovación dentro del contexto objeto de nuestro estudio, en las Comunidades Terapéuticas, para así poder valorar los procesos formativos de los profesionales y su traslación a los educandos-usuarios de estos dispositivos asistenciales, debemos de llegar a valorar su posterior inclusión comunitaria. Dicha inclusión comunitaria, que puede llevarse a cabo eficazmente o no, ha de procurarse mediante el empleo de acciones educativas más innovadoras, que refuercen el papel participativo y cívico frente a otros modelos mas tradicionales.

Debemos emplear un marco de referencia como el ya utilizado por Ainscow al plantear, como marco referencial cuatro esferas superpuestas, que interactúan dinámicamente entre sí y que condicionan el valor de su interacción, la inclusión, en relación con las principales variables del proceso (presencia, aprendizaje y participación). Y teniendo en consideración que son las esferas los conceptos, las políticas, las prácticas y las estructuras y sistemas.

Así, podemos plantear con respecto a los conceptos, si es la inclusión el eje fundamental sobre el que gira la gestión terapéutica del usuario en las comunidades terapéuticas, por ejemplo, o bien, si existe un sistema de evaluación de rendimientos de los usuarios, de los dispositivos, que nos sirva de indicador sobre el éxito o el fracaso del proceso en sí. Éxito o fracaso en medida de la mayor o menor participación comunitaria del ciudadano adicto tras el periodo residencial.

Con respecto a las políticas inclusivas, dentro de las líneas directrices de la acción asistencial, podemos plantearnos qué nivel de exigencia requerimos a nuestros usuarios, qué nivel de “tolerancia social” presentamos a la persistencia de la adición, y cómo evitamos que desde los planos educativos, en caso de alta tolerancia social o de aceptación de una cronicidad del proceso, se incremente la exclusión social de los mismos. Y así, en relación con los sistemas y estructuras, podemos analizar si existe el adecuado esfuerzo formativo a los profesionales,

dotándolos de las adecuadas competencias que favorezcan estos procesos inclusivos, o en relación con las prácticas educativas inclusivas, podemos plantearnos si se trabajan adecuadamente aspectos como valores o ciudadanía en los residentes, o por el contrario no tiene lugar y se percibe como intrascendente dentro de la complejidad de la patología biopsicosocial.

En el proceso educativo que constituye la dinámica transformadora de la realidad adictiva de nuestros educandos, serán ejes fundamentales desde nuestra perspectiva, la educación para la ciudadanía y la educación en valores. Serán planteados dichos ejes como propuesta innovadora, frente al tradicional abordaje realizado, fundamentalmente bajo aspectos de modificación conductual (evaluación y tratamiento psicológico) y de tratamiento farmacológico propiamente dicho, que no parece haber dado bajo nuestra apreciación una respuesta totalmente satisfactoria a largo plazo para la incorporación activa del adicto como ciudadano. El habitual proceder terapéutico parece sólo paliar temporalmente la realidad excluyente de un proceso crónico, que en el mayor número de ocasiones presenta con mayor o menor fortuna un amplio número de recaídas.

### **2.3.3. Evolución en la intervención. Comparación con otros educandos institucionalizados**

Al analizar la intervención educativa, terapéutico-educativa, en un medio cerrado como es la propia Comunidad Terapéutica, vemos que en los propios programas de intervención se ha pasado desde la atención primordialmente sanitaria a una intervención más psicológica o psicopedagógica, donde el papel de la psicología como disciplina y del

profesional en cuestión es fundamental, al ser quien gestiona realmente el proceso terapéutico frente a otros profesionales relegados a papeles “inicialmente” más secundarios, si bien, bajo nuestra particular perspectiva aún queda mucho que avanzar en el plano más educativo frente al psicológico.

Así esta última, constituida como disciplina educativa propia, ha seguido un largo y complejo proceso de transformación. Mientras sería difícil conseguir encuadrar a los profesionales que desarrollan su acción profesional en comunidades terapéuticas en una disciplina propia dentro del campo educativo, podría ser acertado manifestar que, en todo caso, serían profesionales cuya actividad educativa toma como pilar la educación inclusiva. A la vez que el proceso de transformación temporal de la educación, como proceso global en las comunidades terapéuticas, podríamos decir que ha quedado ligeramente anclado en el pasado.

Abordando inicialmente la intervención en Comunidad Terapéutica diremos que siguiendo a Comas (2011: 9):

*La noción de comunidad terapéutica ha sido visualizada de forma habitual como un espacio, como un lugar físico sobre el que se configuraba un tipo de institución residencial, la cual, se supone, que en general, atiende a personas con problemas de drogas. Son pocos los que saben que nació con una metodología ajena a las adicciones y muchos menos, quizás, los que saben que en la actualidad se trata de recuperar ese perfil, procurando presentarse con un metodología adecuada, para la gestión, intervención asistencial y el cuidado de personas, en centros residenciales dirigidos hacia un variado perfil de trastornos y problemas de comportamiento.*

Nos encontramos por tanto con un problema global en el conjunto de Europa y del mundo desarrollado en general. Surge, una crisis en

relación al internamiento de personas. Así, desde los años 70 hemos podido apreciar un desmantelamiento de viejas instituciones de internamiento, necesario desmantelamiento bajo nuestra perspectiva (en particular resaltaremos el de los psiquiátricos), que se ha visto continuado con la amplia reforma producida en las prisiones, donde también hemos asistido a procesos educativos para educandos en régimen de privación de libertad. Procesos educativos para usuarios, por tanto, con necesidades educativas y de socialización amplias. Y de igual forma en este contexto, ha tenido lugar la eliminación de centros de acogida salvo los correspondientes a menores con problemas conductuales.

Todo este desmantelamiento de estas antiguas redes residenciales supone, sin lugar a dudas, un notable avance en el desarrollo de los derechos humanos y en los derechos de la ciudadanía. Entender una comunidad terapéutica exclusivamente como un centro de mera intervención médica/farmacológica y psicológica/conductual olvidando el importante papel de la acción educativa, de la acción de "promoción del cambio" es, bajo nuestra consideración, no haber entendido la evolución del recurso asistencial.

En todo caso y retomando a Comas, diremos que:

*En la actualidad, las comunidades terapéuticas en nada se parecen a aquellas "granjas y centros" anti-profesionales y más o menos sectarios de hace dos décadas, y más bien son unos dispositivos asistenciales muy competentes, que se gestionan, con una base de conocimientos especializada y que consiguen un buen nivel de eficiencia. Esta situación es el resultado de una larga historia no exenta de dificultades y supuso la sustitución de una ideología mas o menos aceptable por una metodología orientada a objetivos medibles y explícitos: ayudar a las personas a resolver sus problemas y facilitarles el camino para acceder a la ciudadanía. (o.c.: 16).*

Al repasar la historia de las comunidades terapéuticas en España podemos apreciar la transformación que, desde una metodología aparecida en el ámbito de la salud mental, hasta pasar por una institución de gran proyección mediática en los 70 e incluso los 80, ha ido evolucionando para finalmente posicionarse tras su nuevo replanteamiento en una metodología mas idónea para un centro residencial.

Podemos esbozar brevemente la historia de las comunidades terapéuticas recordando su inicio tras la segunda guerra mundial para atender casos de “desordenes o trastornos post-traumáticos motivados a situaciones de estrés), entre prisioneros, torturados y personas que habían sufrido tratos degradantes tras el conflicto bélico. Pasó, a continuación, primero en Inglaterra y posteriormente en EEUU y algunos países del norte de Europa, a ser el “sustitutivo” de los hospitales psiquiátricos. Ya en los años 60 tiene lugar su declive de crecimiento motivado por las críticas suscitadas y ante el encuentro inesperado que surge entre los grupos de autoayuda en el ámbito de las drogas ilegales y los centros residenciales. Posteriormente, en la década de los 70 y 80, el incremento en el consumo de heroína hace ascender la demanda y la popularidad de dichas comunidades terapéuticas, para pasar finalmente a los años 90, donde se produce la profesionalización de dichos recursos asistenciales para adictos a drogas ilegales a la vez que se combinó con la restauración de la metodología en el ámbito de la salud mental y con su proyección a otras áreas.

Cualquier comunidad terapéutica, al hablar de rasgos esenciales de su metodología, y dentro de los propuestos por Maxwell Jones a lo largo de su dilatada obra (Jones, 1963, Jones 1968 y Jones 1976, cit. en Comas, 2011:17), destacaremos lo manifestado en relación con los profesionales a ese respecto:

*La comunidad terapéutica exige la presencia y la intervención de un equipo multidisciplinar, con un fuerte*



*predominio de componentes psico-sociales y educativos". Una diferencia fundamental entre la metodología de la Comunidad Terapéutica y otras metodologías de intervención se refiere al hecho de que todas las figuras que conforman la vida del centro, desde todo tipo de monitores y personal auxiliar, hasta los responsables de los servicios básicos forman parte de este equipo técnico y deben en base a ello actuar desde esa perspectiva (o.c.: 19).*

De esa forma la vida cotidiana en el seno de la comunidad es fuente de aprendizaje social. Un aprendizaje dentro de un entorno de alta densidad de interacciones sociales, las cuales deben de llegar a un óptimo rendimiento, al verse combinadas las acciones terapéuticas individuales y colectivas, junto con las acciones educativas realizadas, tal y como resaltó en sus trabajos Bion en 1962. Ante ello podemos preguntarnos cuál es el objetivo de estas comunidades terapéuticas desde esta metodología de trabajo planteada. Sin lugar a dudas la respuesta es la de construir un proyecto de vida alternativo, fuera de la comunidad, donde los problemas, la realidad de residente que lo motivó a ingresar, puedan minimizarse, evitarse o controlarse.

También queremos resaltar en esta aproximación a las Comunidades Terapéuticas, que no se pueden considerar sólo como un recurso sanitario. Aunque la actual comunidad terapéutica surge de la confluencia entre la salud mental y autoayuda, el verdadero lugar que debería de ocupar sería el de un espacio "particular", bastante indeterminado. Un espacio donde algunos profesionales lo encuadran en el ámbito de la salud, si bien no se ha de olvidar que es a la vez un recurso sanitario, psicosocial y educativo y donde ninguno de estos aspectos debería predominar sobre los demás ¿Pero es esta la realidad? ¿O por el contrario están relegadas a un segundo plano de importancia las acciones educativas?

*Cada comunidad terapéutica se orienta hacia un determinado colectivo social con un perfil concreto y preestablecido, sólo las personas que responden a dicho perfil son las adecuadas como residente. La idea básica es que en un centro residencial con metodología de comunidad terapéutica no puedan (y no deban) convivir perfiles variopintos (o.c.: 18).*

Debemos por tanto considerar siempre los perfiles de las personas residentes en comunidades, en nuestros potenciales educandos, para que se adecuen al trabajo educativo a desarrollar y a la vez, saber que serán variables sociológicas las que delimitaran dichos perfiles y por ello las que servirán para identificar colectivos idóneos.

Partiendo del hecho que los primeros modelos de comunidades terapéuticas se basaban en un modelo donde admitían como usuarios a personas adictas, básicamente a sustancias y donde, en gran medida, los terapeutas no eran profesionales sino antiguos residentes con periodos prolongados de abstinencia, diremos que hoy día, aunque siguen subsistiendo este modelo de comunidad, éstas se han orientado ya hacia un modelo profesionalizado. Todo ello a pesar de que coexistan con comunidades basadas en modelos no-profesionales y por tanto basadas de forma exclusiva en la autoayuda.

El perfil del adicto suele ser hoy día, en estas comunidades, el del poli-toxicómano. Aunque existan también opiniones profesionales, que ya nos hacen reflexionar sobre la necesidad de separar a pacientes con diagnóstico dual o patología dual (asociaciones de consumo de sustancias con patologías en el campo de la salud mental) en centros diferenciados. Ello viene motivado por considerar que la presencia de drogas en su historia personal es meramente circunstancial y el “diagnóstico principal” en estos “pacientes” está más relacionado con problemas de salud mental que con una adicción a una o varias sustancias. Podemos ver por tanto como persiste la idea de “salud física”

y “salud mental-psíquica” en la patología adictiva, pero podríamos a la vez cuestionarnos si realmente nos preocupa la que podemos denominar “salud social” del individuo. Hablaremos bajo nuestra particular visión de “salud social” como sinónimo de “bienestar social- cívico-ciudadano”. Es preciso, por tanto, abordar con rigor el hecho que analizamos para confirmar si los procesos inclusivos, que se pretenden en todo programa terapéutico, son realmente llevados a cabo. Por tanto se pretende confirmar si el conjunto de derechos y deberes ciudadanos son interiorizados y aceptados por los adictos en su proceso terapéutico inclusivo y si el trabajo educativo cívico, que en toda comunidad terapéutica se realiza, realmente nos lleva a formar a ciudadanos con competencias adecuadas, las cuales habrán sido adquiridas para lograr la dignificación de la persona adicta.

Ante este razonamiento expuesto, resulta cuanto menos llamativo que la normativa social vigente en la comunidad andaluza, plantee mediante el desarrollo de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales en Andalucía, la prestación de servicios de información, valoración y orientación a los ciudadanos sobre derechos y recursos sociales, análisis de problemas existentes para la consecución de una adecuada planificación de los servicios prestados, así como acciones en el sector de cooperación social y en el ámbito denominado convivencia y reinserción y por el contrario, y bajo nuestra particular perspectiva, se haya avanzado tan poco en el campo adictivo.

Si el capítulo referido en la norma a Cooperación Social debe tener como cometido la promoción y la potenciación de la vida comunitaria, podemos establecer que los esfuerzos han ido dirigidos a impulsar el asociacionismo social, pero quizás se ha dejado en el olvido promocionar y potenciar la vida comunitaria directamente, desde las intervenciones de los “agentes sociales públicos” con las poblaciones de alto riesgo de exclusión, y como es de esperar, la población con problemas de adicción no escapa de esta consideración.

De igual forma, al referirnos al capítulo denominado Convivencia y Reinserción Social, la normativa andaluza establece desde el año 1988, que tendrá como función la búsqueda de alternativas al internamiento en instituciones de aquellas personas que se encuentran en especiales condiciones de exclusión, procurando de esta forma la incorporación de todos los ciudadanos a la vida comunitaria. Constituye por tanto este capítulo de Convivencia y reinserción Social, bajo nuestra perspectiva, una gran provisión de “buenas intenciones” que en el caso particular y preciso de las adicciones no deja de ser, a nuestro entender, un deseo sin cumplir. Y, si estamos en esa búsqueda continua y permanente del bienestar social del ciudadano, podemos plantearnos si no es preciso la consecución del que podríamos llamar “bienestar educativo”, entendiendo por él aquel conjunto de competencias educativas que van a favorecer la consecución del tan ansiado “bienestar social”.

Como posteriormente veremos, el estudio de campo que vamos a realizar, tendrá lugar en comunidades que responden a este perfil concreto de usuario adicto. Por tanto, el profesional en ellas presente, abordará ese perfil amplio de adictos, aunque no es menos cierto que se producen, por ejemplo, derivaciones a comunidades de mujeres que sufren malos tratos en ambientes de consumo, ya que su pareja maltratadora es adicta. También son derivadas a estas comunidades en vez de a centros de intervención con mujeres maltratadas, abandonando el consumo en un amplio número de casos, pero no recibiendo intervención con su “problema fundamental”. Igualmente ocurre con menores derivados a comunidades específicas y que son sometidos de igual forma a medidas judiciales específicas.

Otro tipo de comunidades son aquellas dedicadas al tratamiento de ludopatías, adicciones sin sustancias en general, etc., ya que el conjunto de intervenciones con personas que presenten otras adicciones puede ser infinito. Serían también aceptables bajo la concepción de comunidades terapéuticas las intervenciones en centros residenciales con sujetos que presenten patologías mentales. Podríamos aquí entrar en el dilema si es

más adecuada la intervención farmacológica ambulatoria, en el ámbito de la atención primaria o por el contrario en un régimen residencial de gran dificultad de instauración por elevados costes y recursos. También lo serían los centros de menores en todas sus variantes, entre otros.

Una vez abordada esta aproximación a las Comunidades Terapéuticas y la intervención en ellas realizada, queremos ver algún rasgo comparable con otros educandos institucionalizados, sobre los que se realiza una intervención específica, como lo han sido los educandos con necesidades educativas especiales.

Siguiendo a Torres (2009: 14):

*En todas las épocas ha habido personas notablemente diferentes por su aspecto y/o su conducta. Estas personas eran frecuentemente motivo de asombro, incompreensión, temor o ignorancia. Nadie se preocupaba de su educación porque no eran considerados personas y, como tales, no eran sujetos educables.*

Al abordar la evolución y el desarrollo de la Educación Especial podemos añadir como hace Torres y nos recuerda Gútiez (2009:14) que:

*Las reformas educativas que se han ido desarrollando, dirigidas a personas discapacitadas, así como otras muchas reformas sociales, forman parte de un complejo interactivo entre varias dimensiones de la sociedad. No obstante, es necesario expresar que las personas con deficiencias han tenido una historia difícil, como la de otros grupos marginados, caracterizada por la privación de derechos a un grupo de seres humanos.*

Este podría ser el mismo planteamiento que en torno a las adicciones ha determinado la exclusión social y educativa que presentan aquellas personas, aquellos sujetos con un proceso adictivo desarrollado

y que o bien se encuentran en tratamiento en los diferentes recursos o bien no pueden o no desean abandonar la adicción. Pero, no por ello se debe de abandonar el deber de dotarlos de capacidades para su mejor encuadre social.

Al considerar la última etapa en la educación especial, refiriéndonos a aquella que se extiende durante casi un siglo, tal y como expone Torres, diremos que:

*Desde el último cuarto del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, experiencias como las de Itard y otros médicos como Pinel, Esquirol, Seguin, son el germen que impulsará una orientación educativa aun cuando esta se origina desde el marco de la medicina. Son los médicos los que ponen de manifiesto que la educación es necesaria, que el enfoque medico y el tratamiento medico-patológico debe completarse por su insuficiencia, con un enfoque educativo más atento a las causas y a los posibles métodos pedagógicos. Esto es lo que según autor se denomina época de atención médico-pedagógica (Torres, 2009: 17).*

Así en el caso de la educación especial, ante el rechazo que la escuela manifiesta hacia los educandos con estas necesidades educativas especiales, sujetos que no se adaptan a ella, la institucionalización se presenta de nuevo, como la solución más eficiente.

De igual forma este patrón de actuación entendemos que es extrapolable a lo acontecido en el tipo de recursos que se han empleado y se siguen empleando en el caso del tratamiento de las adicciones.

La segregación, en este caso de las personas con necesidades educativas especiales:

*Se justificaba desde los presupuestos de la ciencia positiva y se observaban dos tipos de actitudes sociales claramente*

*contrapuestas hacia las personas deficientes: por un lado se piensa que es necesario proporcionarles ayuda y educación; pero por el otro, se considera que su conducta es anormal y constituyen un peligro social. (Ibíd.).*

Cabe preguntarnos por tanto ¿no son estas dos cuestiones, estas dos actitudes, las mismas que podemos plantear cuando abordamos la visión social de los adictos, de los drogodependientes?

Torres (2009: 17) añade en este sentido que:

*En el campo de la educación especial todas las aportaciones que desde los métodos medico–pedagógicos, de los que son el mejor exponente Decroly y Montessori.*

Para continuar exponiendo el autor que:

*Suponen no sólo un gran avance en la atención de alumnos deficientes, sino también una llamada de atención hacia la educación general y sus instituciones. (Ibíd.)*

Queda claro, tras estas aportaciones, el papel relevante que va adquiriendo la orientación educativa, de forma que los propios profesionales de la medicina van abandonando el espacio terapéutico, el cual vino a ser ocupado por la pedagogía, por la educación, por sus profesionales. Se pone de manifiesto por tanto el papel adquirido por la pedagogía, si bien siguiendo al mismo autor diremos que:

*Se desdibuja la (atención) médica, si bien la evolución de la psicología acabará convirtiendo en psicopedagogía la cuestión del diagnóstico (o.c.: 18).*

Así, debemos recordar los modelos que están subyacentes en este desarrollo de la educación especial y que no son sino el sanitario, el conductista, el cognitivo y el psicométrico.

Realmente en el caso objeto de estudio debemos recordar cómo son las comunidades terapéuticas como recursos de tratamiento. Se trata de recursos especializados, normalmente aislados de la comunidad cívica, donde una vez superada las distintas fases del programa terapéutico “devolverá” al sujeto adicto a la comunidad y es entonces cuando debemos de reevaluar la efectividad, la eficacia de la intervención.

Al igual que ocurrió con los recursos asistenciales en educación especial, debemos de replantearnos si no sería mas adecuado terapéuticamente ir hacia un modelo más normalizador, como un intento de buscar soluciones a la situación de segregación que padecen las personas con adicción, como ocurrió en la educación especial.

*Normalizar, integrar, es una tendencia, un proceso. Es la convicción de que, sin dejar de proporcionarle al alumno con deficiencias lo que real y específicamente necesita, esto se haga en contextos lo menos restrictivos posibles y usando los recursos ordinarios en la medida que favorezcan el desarrollo del alumno (o.c.: 20).*

Finalmente en esta búsqueda de paralelismos, diremos que el principio de normalización promueve otros principios de gran relevancia en Educación Especial y en el conjunto de la sociedad.

Para concluir este análisis queremos destacar el hecho de que:

*Entendiendo además que la escuela es un reflejo de la sociedad en la que esta inserta, que genera actitudes diferentes en la población con la que se trabaja, no cabe duda sobre la necesidad de que en ella se ofrezcan respuestas al amplio espectro social que tiene una sociedad plural. Así a nivel social, no es admisible, teóricamente, definir un modelo social con explícita exclusión de determinados sectores sociales, tampoco es que se defina*



*un sistema educativo con explícita exclusión de una parte de la sociedad. (o.c.: 21)*

Cierto es que vamos a trabajar educativamente hablando, fuera del propio sistema educativo reglado, para abordar las adicciones con personas afectadas. Dentro del sistema educativo reglado las intervenciones serán sólo en el campo preventivo y los individuos, que a cortas edades presentan ya conductas adictivas serán abordados fuera del propio sistema educativo y dentro del denominado programa de menores en comunidad terapéutica. Por todo ello diremos que la época que Torres denomina de normalización en la educación especial, se caracterizó por un fuerte distanciamiento de los planos psicológicos en cuanto a la intervención y por el desarrollo altamente enraizado en la Didáctica, que hace suyos ya los problemas de la educación especial, de la enseñanza, del aprendizaje, la escuela (en su sentido más amplio), el curriculum, la organización escolar (la propia organización educativa de nuestros recursos) y también la formación de los profesores (de los profesionales en este caso).

De igual forma podremos comparar el trabajo educativo realizado en las Comunidades Terapéuticas con el desarrollado en centros en contextos de encierro, en los centros penitenciarios, donde la pedagogía, la educación social, sí ha profundizado quizás en mayor medida.

Se trata nuevamente de un entorno semejante, de un escenario de gran complejidad, donde la acción educativa que se desarrolla en ellos tiene lugar en un contexto de tensiones permanentes, donde hay que destacar las particularidades de los educandos y donde no podemos olvidar la dificultad del contexto donde se realiza dicha acción educativa. La comunidad terapéutica es considerada un espacio educativo para ofrecer respuestas a problemas sociales en idéntica sintonía a la resolución de problemas sociales que autores como Tröhler (2012: 79 y ss.) destacan al referirse a la escuela.

#### 2.3.4. Educación en Valores y Educación para la Ciudadanía en el marco de la Educación Permanente

Siguiendo a Monclús (2008:14):

*No es posible hoy plantear la educación al margen de la dinámica de transformación de la realidad en que vivimos. Una educación que sirva para reproducir esquemas o valores, repetir contenidos y datos, transmitir informaciones o conservar lo heredado o lo existente no es propiamente educación aunque haya quien llame así a este tipo de procesos.*

Debemos conseguir, al menos debemos empeñarnos en buscar conseguir optimizar lo mejor que hay dentro de cada educando, perfeccionar y optimizar todas sus potencialidades. Así una línea constante en toda la tradición educativa consiste en ese aspecto central de la labor educativa consistente en cambiar y siempre hacerlo para mejor. Por tanto, que mejor forma de proponer transformaciones en los distintos y dinámicos fenómenos de las adicciones que a través de los procesos educativos, a través de la formación, que una vez adquirida por los profesionales, incide en la transformación del educando, que la interioriza y la hace suya. Por ello:

*Hoy, difícilmente la educación podría plantearse al margen de un mundo lleno de desigualdades a todos los niveles, al margen de diferentes culturas y tradiciones, no siempre en convivencia armónica, al margen de una feroz tiranía más o menos subliminal de una economía consumista compulsiva (Ibíd.).*

Por todo ello, si hablamos de una real educación, de una real acción formativa, ésta necesariamente se ha de considerar de una forma

activa ante las características cambiantes y variadas de nuestro mundo y de nuestro tiempo. Es objetivo fundamental el conseguir que todo agente objeto de la labor educativa tome conciencia crítica de la realidad en la que vive inmerso y la transforme hacia mejor. Es esa búsqueda de una educación como transformación de la realidad como mensaje o visión utópica.

Al enmarcarnos en un espacio concreto y en un tiempo concreto, nuestro tiempo real y nuestro mundo real, significa que nos situaremos en otra dimensión de nuestra educación actual, la complejidad. Edgar Morin (2000) decía que la primera e ineludible tarea de educar es enseñar un conocimiento capaz de criticar el propio conocimiento.

Otra dimensión básica de la educación es su apertura de límites. La educación permanente, la educación continua, la educación a lo largo de toda la vida, o cualquier otra denominación de este mismo proceso, indica que la educación no se circunscribe a un ámbito determinado. Nuestro tiempo va a ser y es testigo de una revisión radical de la educación en lo que se refiere a su dimensión y con ello, a su función.

*La educación permanente decretada por ley no tiene sentido, ya que la educación permanente se refiere a la libertad, a la creatividad, y a la búsqueda permanente del desarrollo personal y social en y por el ejercicio de dicha libertad. La educación permanente debe ser considerada como utópica, tanto por su dimensión de algo inacabado, como por ser algo ilimitado, no encuadrado, no enmarcado, no reglado no formalizado. (o.c.: 16).*

La educación permanente va a suponer para muchos educadores un verdadero reto, pues en el fondo deben enseñar a evolucionar desde posiciones de resistencia a posiciones de participación.

Para el informe “La educación encierra un tesoro”, coordinado por Delors (1996), al cual ya hemos hecho en numerosas ocasiones

referencia, la tarea de la educación consistiría en inculcar tanto a jóvenes como a adultos las bases culturales que les permitan descifrar, en la medida de lo posible el sentido de las mutaciones a través de un proceso de selección previo en la masa de informaciones, para poder interpretarlas mejor y situar los acontecimientos en una historia global.

En el planteamiento de la educación permanente hay que tener en cuenta una visión ética de la condición humana, y por ese carácter es por lo que se necesita de imposiciones, de normativizaciones o de obligatoriedad en su realización. Nunca deberíamos de confundir, como plantea el propio Monclús, el concepto de educación permanente con la realización de acciones educativas novedosas y de corte tecnológico en línea con el desarrollo del momento. Así:

*En organismos como la Unesco, y especialmente a partir de 1968, se reclama sin cesar el principio de educación permanente, lo que se traducirá en un nuevo planteamiento y actuación operativa en donde la idea se hace omnipresente y siempre en relación con la idea de democratización de la educación (Monclús,2008: 17).*

También queremos señalar en este momento, que otro de los grandes temas profundamente relacionados con la educación permanente y al que la Conferencia Internacional de Educación de Adultos de Hamburgo del año 1997, dio mayor trascendencia fue el de las nuevas tecnologías. Éstas, a pesar de tener un enorme potencial en la educación, precisan que mantengamos una actitud crítica en relación al por qué, cómo y para quien son utilizadas. En este sentido:

*La educación permanente para la Unesco, se ocupa del establecimiento de la democracia y de la paz, de una forma crítica y creativa, con el fin de desarrollar capacidades de percepción, aprendizaje y actuación a nivel local, nacional y mundial. Para educadores de muchos países supone un*

*auténtico reto enseñar como evolucionar de posiciones políticas de resistencia a posiciones de participación y estrategias de desarrollo económico, al mismo tiempo que despiertan esperanzas e ilusiones en procesos de democratización lentos y frágiles. (o.c.: 19).*

Para centrar aun más la importancia de la educación permanente como mecanismo de transformación social, emplearemos los aspectos centrales en la educación a lo largo de toda la vida (Unesco, 1997: 22):

*La educación a lo largo de toda la vida será una de las claves del siglo XXI, y será una consecuencia de una ciudadanía activa y una condición para participar en la sociedad. Es necesario por tanto estos procesos de educación permanente para desarrollar nuestro pensamiento crítico, que nos permita replantearnos los contenidos educativos, las acciones educativas, reflejando todos los factores y aspectos dinámicos que en nuestro caso concreto conlleva el fenómeno adictivo.*

*La perspectiva de aprender durante toda la vida exige complementariedad y continuidad.*

*Los objetivos de la educación a lo largo de toda la vida en jóvenes y adultos deben ser desarrollar la autonomía personal y el sentido de la responsabilidad de las personas y de las comunidades, reforzar la capacidad de afrontar transformaciones profundas en el seno de la sociedad en su conjunto y promover la coexistencia, la tolerancia y la participación consciente y creativa de los ciudadanos en su comunidad.*

*Es necesario establecer una educación para la ciudadanía, que nos ayude a eliminar de la realidad actual la violencia,*

*edificando así una cultura de paz, basada en justicia, tolerancia, diálogo, y negociación.*

*La educación a lo largo de toda la vida debe favorecer el fomento de la salud.*

La Unión Europea (2000) en el *Memorándum, sobre aprendizaje permanente* indicó que la evolución social y económica son la base de los dos objetivos fundamentales del aprendizaje permanente: promover la ciudadanía activa y mejorar la empleabilidad. Así:

*La Unión Europea entiende por ciudadanía activa la oportunidad y la manera de participar en todas las esferas de la vida económica y social, las posibilidades y los riesgos que supone intentar hacerlo y la medida en que ello aporta el sentimiento de pertenencia a la sociedad en que se vive y participar en ella con voz y voto. La empleabilidad, entendida como la capacidad de lograr y mantener un empleo, supone para la vida de la mayoría de las personas, independencia, autoestima y bienestar y constituye la clave para una buena calidad de vida. (Monclús, 2008: 22):*

Nos podemos preguntar por tanto ¿no es mejorar la calidad de vida lo que pretendemos cuando empleamos acciones de reducción de riesgos y daños en drogodependencias desde un prisma de transversalidad? ¿No es el drogodependiente, por su propia definición en la ley andaluza, un enfermo crónico, y por tanto, con recaídas, al cual debemos de dotar en nuestra labor educativa del máximo de competencias para lograr un proceso de inserción, de inclusión y mantenimiento lo mas favorable a sus intereses y a los de la comunidad?

¿No es también la consecución de un empleo, de una estabilidad laboral, por tanto, estabilidad económica, que dote de independencia, autoestima y bienestar al sujeto, la razón de los procesos formativos desarrollados en el área de incorporación social y que están presentes en

todo el desarrollo normativo-instrumental en materia de adicciones? ¿No es la educación permanente, el eje director del proceso formativo de los profesionales? Y en concreto, ¿no es la educación para la ciudadanía o educación cívica y la educación en valores, perfectamente validas en el caso de nuestros educandos, de estos particulares ciudadanos con problemas de adicciones, los pilares sobre los que ha de girar la acción educativa en la comunidad terapéutica?

#### **2.3.4.1. La educación en valores y los pilares de la educación**

En las próximas líneas intentaremos justificar porqué formar en valores y en aspectos cívicos, en aspectos ciudadanos, en ciudadanía, debe ser eje fundamental en el proceso formativo en el que las instituciones públicas deben, a nuestro entender, centrar sus esfuerzos y porque estos esfuerzos deben verse recompensados tras poder apreciar posteriormente la necesaria traslación de dichas competencias adquiridas por esos profesionales a sus sujetos educativos, a los educandos residentes, usuarios del recurso asistencial.

Partimos de la consideración de que:

*La Educación en valores se justifica por la necesidad que tenemos los individuos de comprometernos con determinados principios éticos que nos sirvan para evaluar nuestras propias acciones y las de los demás. Los valores están presentes en nuestra vida cotidiana, los manifestamos mediante conductas y mediante opiniones expresadas oralmente o por escrito y suelen dar lugar a normas sociales. Los valores son el fundamento por los que hacemos o*

*dejamos de hacer una cosa u otra en un determinado momento Los valores pueden considerarse como creencias prescriptivas, o como principios normativos y duraderos que nos sugieren que una determinada conducta o un estado final de existencia es personal o socialmente preferible a otros que consideramos como opuestos o contradictorios. (Carreras, 1995: 13).*

Tomamos en consideración la opinión de Escámez, que ya en el año 2000 identificó los valores con las creencias, definiendo a los valores como:

*Las convicciones desde las que percibimos e interpretamos la realidad, a los demás y a nosotros mismos; evaluamos las situaciones, las personas y a nosotros; y finalmente desde donde tomamos las orientaciones para las decisiones de nuestra conducta. (Escámez, 2000: 164)*

Por el contrario, no existe una única y exclusiva definición, así para otros autores los valores tienen que ver con los sentimientos, los afectos, la motivación y con lo que realmente cada persona le es importante en su ciclo vital individualmente considerado. De igual forma González Lucini ya se refería a ello en 1993. Idea que vuelve a estar presente el trabajo de Muñiz y Pérez Herrero en “La educación en valores afectivos, comportamientos sociales y desarrollo personal; variables relevantes en el proceso formativo”, donde se habla de valores en términos de proyectos globales de existencia, que se instrumentalizan en el comportamiento individual, a través de una actitudes y del cumplimiento consciente y asumido de unas normas o pautas de conducta.

De todo ello, podemos determinar que los valores son contenidos que pueden ser aprendidos y enseñados. No sólo la educación cívica o moral incluye contenidos en valores. La educación sexual, la educación para la salud, la educación del consumidor, la medioambiental, la



educación para la igualdad entre personas de distinto sexo u opción sexual, la propia educación vial, incluyen contenidos relativos a conceptos y métodos, pero también se refieren a valores y actitudes. La educación en valores requerirá un conjunto de estrategias didácticas específicas. Es evidente y es por todos conocidos que en las comunidades terapéuticas los profesionales hacen uso de juegos de simulación, de foros de debate, de mesas redondas, de visualizaciones de películas que serán comentadas entre todos, educadores y educandos. Pretendemos con ello imitar modelos y situaciones que se encontrarán en la vida cotidiana y ante las cuales su respuesta será fundamental.

Carreras (1995) sostiene que los valores se perciben mediante una operación no intelectual denominada estimación. Cualquier valor tiene una polaridad, ya que puede ser positivo o negativo, es valor o contravalor. Cualquier valor está vinculado a una reacción del sujeto que lo estima. Podemos asignar por tanto a los valores una jerarquía, al existir valores más estimables que otros. Los valores pueden ser realizados, descubiertos o incorporados al ser humano. En esta triple posibilidad reside en opinión del autor su valor pedagógico. Se puede en su opinión hablar de la educación como realización de valores y de una pedagogía de los valores.

En una sociedad, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, en continuo cambio, en continua evolución, donde las necesidades, primarias y secundarias, van cambiando progresivamente y se van transformando es difícil establecer un concepto concreto de valor.

El término valor, podemos indicar que está relacionado con la propia existencia de la persona, afecta a su conducta, configura y modela sus ideas y condiciona sus sentimientos. Es cambiante, dinámico, aparentemente elegido por el individuo entre diversas alternativas, pero que depende, sin embargo, de lo interiorizado a lo largo del proceso de socialización del individuo, y por consiguiente de actitudes y de ideas que reproducimos a partir de instancias socializadoras.

Por otro lado, Miquel Martínez (2006: 9) plantea que:

*El término educación en valores no ha gozado siempre de buena fama. Se le confunde con mucha frecuencia con educación moral en perspectiva religiosa confesional y apologética. El reto que nos planteamos es lograr, sin desconocer los valores de máximos, reconocer unos mínimos en los que pudiésemos coincidir hoy en día todos en la búsqueda de la convivencia y la cooperación y sin pretender definir el sentido contemporáneo de democracia, pensemos en ciertas ideas regulativas ayudan a conformar el sentido heurístico de sociedades en las que se respete la persona, sus valores, sus capacidades y ante todo su dignidad.*

Se parte de la existencia de un amplio consenso entre los profesionales y estudiosos de la educación al considerar que su finalidad es el pleno desarrollo de la persona en todos sus ámbitos y áreas: psicomotor, cognitivo, intelectual, social, afectivo, motivacional. Se trata por tanto de un proceso de formación integral de la persona.

Tomando en consideración lo planteado por Muñiz y Pérez Herrero destacaremos que los componentes de la persona, diferentes de lo puramente cognitivo, están ligados a la formación de la persona, al “saber ser” y a “saber estar”. Ellos posibilitan que la persona se conozca a sí misma y a los demás y sea capaz de establecer relaciones respetuosas con los otros, con el entorno y consigo misma. Nos referimos a la formación en actitudes, valores, creencias, que forman parte de lo que cada individuo aporta a la sociedad (al tejido social). De igual forma y haciendo nuestras las manifestaciones de Echeverría (2009: 131) sostenemos que:

*El aprendizaje permanente, que demanda la sociedad del siglo XXI, está llamado a integrar estas tres modalidades,*

*aprendizaje formal, no formal e informal, puesto que se aprende mientras se vive, ya sea de forma continua o periódica. Esta dimensión de amplitud hace aún más patente la complementariedad de estos tres tipos de aprendizajes.*

Los cuatro pilares, que caracterizan el aprendizaje a lo largo de toda la vida, por tanto de la educación no son compartimentos estancos sino interdependientes, puesto que entre ellos hay “*puntos de contacto, coincidencia e intercambio*” (Delors, 1996: 96). El quinto pilar añadido por Mayor Zaragoza, durante su etapa de Director de UNESCO, Aprender a emprender, que supone saber atreverse, atreverse a arriesgarse, en beneficio de la comunidad, en beneficio de los demás. Aprender a emprender nuevas “líneas de intervención terapéutica” debe de constituir una constante en el quehacer diario del educador, como también queda reflejado en la obra de Muñiz y Pérez Herrero (2010). A la vez, queremos destacar la actualización que sobre el aprendizaje durante toda la vida realizan autores como Rizvi, F. y Lingard, B. (2013).

El profesional de las comunidades terapéuticas, el profesional de la educación debe “saber”, en tanto que debe tener conocimientos especializados, y debe dominar las técnicas para aplicar dichos conocimientos en la resolución de problemas. Y debe saber también ser capaz de trabajar en diferentes entornos y con diferentes personas y grupos de manera cooperativa y lógicamente, debe de ser competente y equilibrado desde los planos propiamente emocionales. Son competencias que debe de adquirir continuamente, dominio de técnicas de enseñanza – aprendizaje que debe poseer y una importante seguridad en valores y aspectos cívicos capaz de trasladar.

Es evidente que en momentos incluso de presupuestos altamente dotados, destinados a la formación, serán los pilares aprender a conocer y aprender a hacer, los que serán objeto de mayor interés. Se centrarán en ellos la mayor parte de los recursos económicos y materiales frente a aprender a vivir juntos y aprender a ser, de forma que la brecha utópica

abierta persistirá al plantearnos la posibilidad que la educación, que la formación, puede mejorar la vida concreta de personas individualmente consideradas y a la vez transformar la sociedad.

Al hablar de objetivos actitudinales en cualquier ley educativa, ahora que estamos inmersos en un proceso de cambio normativo no exento de polémica, estaremos centrándonos en actitudes y valores que nos van a facilitar el “saber ser “ y el “saber estar” (por tanto aprender a ser y a vivir con lo demás), todo ello frente a los objetivos conceptuales y los objetivos procedimentales, que serán los que nos permitirán dotar a el educando del “saber hacer” y “saber hacerlo”(aprender a conocer y aprender a hacer).

En el paso de la LOGSE a la LOE, se perdieron los guiños a la educación en valores, al verse mermados los aspectos transversales educativos en el currículo dónde estaban incorporadas, pero surgieron las competencias básicas. Dentro de estas competencias básicas, hemos de destacar que dentro de las que se agruparían como competencias en el ámbito de la relación y de interacción, tendríamos la competencia social y ciudadana y dentro del ámbito del desarrollo personal, tendríamos la competencia para aprender a emprender y la autonomía e iniciativa personal.

Nos referimos en estos momentos a la competencia de emprender, y para ello vamos a tomar como referencia la opinión y manifestación de José Antonio Marina, que ya en *La competencia de emprender* (2010: 51) hacía la consideración:

*Las competencias claves son aquellas que las personas necesitan para su realización y desarrollo personal, así como para la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo (...)*  
*la transversalidad necesita de la capacitación didáctica muy rigurosa.*

Para concluir este somero acercamiento a su pensamiento, resaltamos que para conseguir que la competencia social y ciudadana, como la competencia en la autonomía e iniciativa personal, tengan una especial relevancia, deberían ser completadas dichas competencias con una competencia mas (la cual es reclamada por el autor, la competencia filosófica y ética, la competencia de emprender). Así declara que:

*No nos interesa educar la competencia de emprender si no establecemos objetivos personales y sociales, concretados en un conjunto de valores compartidos (o.c.: 69).*

Por tanto, las competencias sólo tendrán sentido si se incluyen dentro de un proyecto ético. Concluye manifestando que:

*La formación del carácter como conjunto de hábitos intelectuales, volitivos, afectivos y morales fue el núcleo de la paideia griega, de la educación europea hasta la Ilustración, y de la educación cívica en la tradición anglosajona. Su objetivo era proporcionar los recursos necesarios para que se pueda alcanzar la libertad, defender la dignidad y realizar el gran proyecto ético de la Humanidad (o.c.: 70).*

Por su parte, Santoyo (2007) establece que gran responsabilidad de la educación recae en la figura del educador. Éste ha de contribuir a que el educando descubra no sólo el mundo, su significado, sino que se descubra a sí mismo, de forma que proceda a crear una valoración positiva y crítica hacia los demás y hacia sí mismo, contribuyendo a su autorrealización y a su autoconocimiento.

No sólo es potestad del educador este trabajo de crecimiento de los educandos, sino también las familias han de jugar un papel fundamental. Así la familia aparece como conjunto de actores u actor que son las encargadas de recibir a sus hijos desde el mismo momento del nacimiento e inculcarles los valores adecuados, de forma que tanto la

escuela, educador y sociedad serán un complemento a esta educación inicial, primaria, en valores que se ejerce desde los inicios de la vida.

Son por tanto agentes implicados en educación en valores tanto la propia familia como el medio escolar, la escuela o cualquier otra intervención educativa que fuera del medio reglado se realice sobre el educando, como ocurre en las intervenciones terapéuticas en población con problemas de adicción.

Así pues, desde esta perspectiva de dificultad a la hora de establecer una definición, de determinar un concepto concreto de valor, así como en base a la diversidad de agentes implicados en su desarrollo, como de la posibilidad múltiple de marco educativo donde desarrollarla, diremos que la educación en valores se alza en este siglo XXI como un área educativa no sólo interesante, sino incluso “llena de conflictos”, como ocurre con las divergencias surgidas en torno a la implantación de la asignatura educación para la ciudadanía en nuestro contexto educativo más reciente.

Hoy en día, por tanto se plantean numerosos frentes de discusión centrados en la necesidad de introducir o no en los centros educativos y en la formación fuera de ellos, de contenidos curriculares que versen o traten de inculcar una educación integral basada en la educación en valores.

Podemos partir de la base de plantear la inclusión de educación en valores como una necesidad imperante en la actual sociedad, ya que los cambios que se producen en las normas sociales, los movimientos migratorios, la diversidad poblacional, la multiculturalidad y aspectos como el amplio desarrollo de las nuevas tecnologías, los medios de comunicación, los nuevos modelos familiares emergentes y los cambios producidos en los modelos más tradicionales también de familia, etc. Lo hacen plenamente necesario. Habrá que abordar por tanto la educación en valores como un modelo trasversal que de forma colateral este

presente en currículos, planes y propuestas educativas. Es decir, se realizará una labor formativa –educativa que a través de impregnar sus líneas básicas de valores tradicionalmente considerados como tolerancia, responsabilidad, sinceridad, autoestima, creatividad, respeto, justicia, cooperación, consumo, valores ecológicos, el ocio junto con valores para la ciudadanía, favorezcan a todos los ciudadanos.

Una vez abordada la educación en valores, que está presente tanto en las intervenciones llevadas a cabo en el área preventiva (escolar, comunitaria, laboral, familiar), como en el área asistencial, en el conjunto de acciones educativas desarrolladas con población con problemas de adicción y con su entorno familiar, vamos a referirnos a la dimensión sociológica de la educación.

#### **2.3.4.2. Sociología de la educación y la educación en valores**

Desde la sociología de la Educación se abordan las relaciones que se dan entre la sociedad y la escuela, la sociedad y el marco donde se desarrolla la propia labor educativa. Podemos también decir que es el estudio de la función social de la escuela. Trasladándolo a nuestro ámbito de estudio, habría que analizar las relaciones que se establecen entre la acción educativa, independientemente de donde sea realizada y la sociedad, en la que se lleva a cabo.

Es evidente que los estudios realizados se refieren a la escuela, como tal, como institución social, y estos estudios ponen de manifiesto las diferentes concepciones de la escuela que la sociología educativa ha ido desarrollando.

Una perspectiva más para abordar el estudio de los valores es la vertiente sociológica. Queremos destacar aquí el papel que en nuestro país ha tenido el trabajo sobre valores y de clasificación de los mismos por parte del sociólogo Javier Elzo. Así, diferencia para los valores dos perspectivas: descriptiva y propositiva. En el primer caso se describen los valores y su evolución desde una sociedad determinada en un momento temporal concreto y en el segundo caso tal y como expone en su obra, “la perspectiva propositiva, tiene como objetivo proponer qué valores se deben de fomentar o mantenerse” (Elzo, 2004: 1).

Queremos resaltar que el autor plantea una propuesta de valores donde combina valores finalistas e instrumentalistas con valores sociales y personales que determinan que en la propuesta realizada incluyan valores como competencia personal, racionalidad, solidaridad y utopía por una sociedad mejor.

Sánchez Delgado (2008: 260), retomando a Durkheim en *Educación y sistema educativo*, establece que: “la educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que no están todavía maduras para la vida social”.

Así, en cada ser humano según Durkheim, hay dos seres: el ser individual y el ser social. El ser individual está relacionado con la conciencia y con los asuntos individuales de cada persona. El ser social, esta relacionado, tiene su vinculación, con el grupo al que cada uno pertenece, con sus sistemas de ideas, costumbres, sentimientos.

En definitiva,

*Para Durkheim la escuela proporciona el adiestramiento en las cualificaciones laborales necesarias para que cada sujeto ocupe el lugar social que le corresponde, y al mismo tiempo le inculca los hábitos morales que deben de conformar su comportamiento para integrarse socialmente de modo adecuado (o.c.: 244).*



Se deriva de todo lo expuesto la figura de la escuela como reproductora del orden social, estableciendo una dominación y una imposición ideológica que impondría normas sociales y contenidos culturales. Una educación fuera de los parámetros ideológicos marcados no solo por el desarrollo normativo actual tanto en el campo de la educación como en el de la intervención en las adicciones.

Según el funcionalismo, las dos funciones básicas de la escuela son la socialización y la selección. Talcott Parsons, representante de la sociología funcionalista estructural americana, se cuestiona cómo es posible el orden social. En palabras de Sánchez Delgado, el primer agente de socialización es la familia, pero según Parsons las funciones de socialización de la familia son bastantes residuales en nuestros días, aunque no haya que subestimar su importancia en ningún caso. En el proceso por tanto de socialización, se sitúa el grupo de iguales entre la familia y la escuela. Queremos destacar en este momento y siguiendo lo expuesto para el grupo de iguales, la importancia de la pedagogía de ayuda entre iguales dentro de las propias comunidades terapéuticas, de los recursos asistenciales para adictos, ya desde su mismo origen.

Finalmente dentro de la visión crítica, en el ámbito de la sociología educativa, tendríamos que destacar las teorías de reproducción y las teorías de la resistencia. Las teorías de la reproducción (reproducción social, correspondencia y reproducción cultural) plantean que la escuela, a través de su estructura, su funcionamiento, la cultura, los conocimientos y los valores que transmiten, contribuye a la reproducción de la división de clases de la sociedad capitalista. Por último, destacaremos para finalizar este recorrido las teorías de la resistencia, las cuales, frente al pesimismo determinista de las teorías de la reproducción, suponen la “visión creativa e ilusionada” de la posibilidad de cambio, de transformación y que junto la escuela, como generadora de contradicciones, contribuyan a cambiar, a transformar el sistema.

Es dentro de estas teorías de la resistencia donde se enmarca la pedagogía de la liberación de Paulo Freire. Así, Sánchez Delgado (2008: 253) resalta de Freire:

*Una de las tareas primordiales de la pedagogía crítica radical y liberadora es promover la legitimidad del sueño ético – político de la superación de la realidad injusta.*

Este breve recorrido por las teorías de la sociología de la educación, no hacen más que obligarnos a reflexionar si realmente los procesos educativos que se han realizado, tanto en el medio escolar tradicional, donde llevamos a cabo intervenciones basicamente preventivas, como fuera del sistema escolar, donde se encuadrarían las acciones educativas efectuadas con población adicta y sus familias, como las acciones formativas que, en el marco de la educación permanente, responden a una teoría de resistencia.

Después de un amplio y continuo desarrollo de Planes Nacionales, Autonómicos, Comarcales y Locales, Estrategias y Planes de Acciones que desarrollen dichas estrategias, hemos conseguido cambiar el perfil del consumidor, se han modificado hábitos, los patrones de consumo, las sustancias, pero seguimos teniendo una importante necesidad de intervención “novedosa” en adicciones. Dicha intervención debe ir dirigida a un significativo grupo de población, aún lo suficientemente relevante, que presenta una conducta adictiva par lograr “salir, para ”escapar “ de la estructura social, a través de un patrón de conducta adictiva motivadora de su propia exclusión social. Podemos ante estos hechos planteados preguntarnos: ¿Hemos empleado adecuadamente los instrumentos educativos para transformar la realidad social? ¿Hemos dotado de capacidad crítica a los educadores y educandos, al tratarse en ambos casos de los agentes protagonistas de intervenciones educativas en las adicciones? Y por último planteemos la siguiente cuestión: ¿A qué modelo teórico, según la sociología educativa, responden las intervenciones realizadas en el campo de las adicciones?

### 2.3.5. Educación para la Ciudadanía

Siguiendo a Merino diremos que el sistema educativo no siempre aborda adecuadamente la educación cívica. Y de igual forma manifiesta que:

*La educación cívica implica por tanto el aprendizaje de todo lo que capacite para el ejercicio activo de una ciudadanía responsable. La ciudadanía no puede limitarse al aprendizaje de un conjunto de derechos y deberes, sino que requiere así mismo, el desarrollo de actitudes positivas al respecto y aprendizajes de habilidades y competencias sociales adecuadas para ello (Merino, 2008: 130).*

Si bien todos entendemos, aceptamos y no cuestionamos por tanto, la importancia que en el trabajo terapéutico educativo tiene y van a continuar teniendo los valores, no es menos cierto que, con gran énfasis y difusión mediática, se ha cuestionado, discutido y acertadamente o no planteado, la idoneidad de la educación en aspectos cívicos o también durante un periodo de tiempo, dentro de nuestro contexto político educativo, la denominada Educación para la Ciudadanía.

No debemos olvidar cual es el origen de la ciudadanía dentro del currículum en el sistema educativo español, ni olvidar cuales eran sus objetivos. Fue en el seno del Consejo de Europa, de la Comisión Europea y en última instancia, podemos decir que, guiada por directrices marcadas por la ONU, el contexto en el que se da pie a la aparición en escena de la educación para la ciudadanía. Surge como un compromiso que se adquiere ante dicho Consejo Europeo, como objetivo prioritario de la política educativa y de sus reformas. Es real y veraz que la implantación de Educación para la Ciudadanía en el currículum de educación primaria

y de secundaria en nuestro país, fue un compromiso firmado por los dos grandes partidos políticos existentes.

Así, el 16 de octubre de 2002 el Gobierno de España firmó su apoyo a la resolución 12/ 2002 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, en la que se instaba a los estados miembros a llevar a cabo las oportunas reformas educativas con la idea de introducir la ciudadanía como un objetivo prioritario en la política educativa española. Este hecho llevó a que nuestro país se incorporase al debate que el Consejo de Europa había planteado por primera vez en 1997.

Posteriormente, se debe de destacar el estudio realizado por la Asociación Internacional para la Evaluación de Rendimiento Educativo, que perseguía la consecución de dos informes que vieron la luz y que bajo el estudio de la educación cívica en un amplísimo número de alumnos, profesores y directores de centros educativos de toda Europa, supusieron los cimientos, los pilares que darían lugar a Educación para la Ciudadanía.

Fue en el año 2003 cuando en el seno de la Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea, se creó un grupo de trabajo sobre “Entornos de aprendizaje abierto, ciudadanía activa e inclusión social”.

Nuestro país, ya en ese momento, si bien participó proactivamente en el desarrollo de los bloques temáticos, manifestando en líneas generales su conformidad con los contenidos abordados en el seno del grupo de trabajo, manifestó por el contrario su disconformidad con la estructura planteada. Por tanto, no era partidaria de la configuración de una propia asignatura específica aglutinadora de esos contenidos planteados. No fue una postura aislada sino que junto a otros 12 países más compartió esta tesis.

Fue en el contexto de la firma por parte del Gobierno de España de la resolución 2004/71 de la ONU sobre el Programa Mundial para la

Educación en Derechos Humanos, cuando se retoma la cuestión y se procede a dar cuerpo dentro del curriculum a los contenidos compartidos.

En ese momento, en el año 2004, eran 14 países los que ya impartían Ciudadanía en sus contextos educativos. A través de la Ley Orgánica de Educación del año 2006, se introduce por primera vez la materia en el curriculum como obligatoria y evaluable, y posteriormente, un año después, siete comunidades autónomas del Estado Español la introducen en sus centros educativos, entre ellas Andalucía.

A partir de aquí, la historia, el devenir, es conocido por todos. No es objeto de esta investigación reflexionar, investigar sobre la idoneidad o no de sus contenidos, dilucidar sobre la oportuna implantación de la misma. La Educación para la Ciudadanía se vio envuelta entre dos visiones completamente opuestas. Se alejó desde un principio del objetivo para el que fue creada. Se convirtió en motivo de confrontación de las dos visiones existentes de una sociedad actual y de dos visiones del papel que debe tener la educación en ella.

Pero, si partimos que los contenidos existentes desde el principio, éstos siguen siendo vigentes y necesarios. Si partimos del hecho que el proceso de enseñanza y aprendizaje es un proceso de diálogo crítico entre educador y educando, donde del debate, de la crítica, de la propia discusión, se obtienen importantes resultados educativos, la Educación para la Ciudadanía esta perfectamente justificada. Nos encontramos ante una polémica decisión educativa donde la “silueta sociopolítico y educativo-religiosa” no es lo importante, sino los contenidos presentes y donde nos enfrentamos con una realidad plural, a la que debemos de ofrecer igualmente respuestas plurales. Es, entonces, donde centramos realmente nuestra investigación.

Y lógicamente, si en alumnos, en educandos de educación primaria y secundaria, los contenidos de Educación para la Ciudadanía tenían gran valor educativo tanto para la constitución social presente

como para la futura consecución de ciudadanos activos, aún mas lo es para aquellos ciudadanos excluidos socialmente. Si para los primeros, educandos que están dentro de lo que entendemos por educación formal, educación reglada, en un entorno y un contexto normalizado, podemos plantearnos cómo vamos a excluir de dichos contenidos a nuestros “especiales” educandos, excluidos, “oprimidos”, socialmente situados fuera de un entorno ciudadano normalizado y con un “habitual desencuentro” con un entorno educativo adecuado, formal y reglado. Podemos prescindir de una asignatura, de un texto, pero no de un contenido cívico en nuestras vidas, no de la adquisición de dichas competencias. No podemos terminar nuestra innovación educativa en una “ciudadanía perdida” conceptualmente hablando, ante la pérdida de Educación para la Ciudadanía curricularmente hablando. Y más aún, no podemos terminar “perdiendo a nuestros ciudadanos-educandos adictos y, por ende, también “perdiendo la conexión con la actual realidad” en los procesos formativos que deben estar puestos a disposición de nuestros educadores, auténticos promotores y gestores de la vida terapéutica dirigida al cambio.

Así, queremos resaltar, en palabras de Ján Figel, Comisario Europeo de Educación Formación, Cultura y Multilingüismo en el año 2005:

*La promoción de la cohesión social y de la participación más activa de la ciudadanía en la vida política y social se ha convertido en un asunto clave en todos los países europeos y también en un objetivo que cuenta con el firme apoyo de la Comisión Europea* (Ministerio de Educación, 2005: 3).

En su comunicación de 2004, “Construir nuestro futuro común. Retos políticos y medios presupuestarios de la Unión ampliada” (2007-2013), la Comisión identificó claramente el desarrollo de la ciudadanía europea como una de las prioridades de acción de la Unión Europea.

Es objetivo primordial promover la participación ciudadana y reforzar el sentido de ciudadanía. Y como punto de partida podríamos preguntarnos: ¿promueven los profesionales educativos que trabajan en contacto con adictos la participación de éstos en la comunidad? O por el contrario, ¿están dichos profesionales más centrados en otros planos de intervención? Para continuar planteándonos cuestiones cómo: ¿conseguimos al final de nuestra intervención terapéutica ciudadanos “más activos”? o, por el contrario ¿es la actuación del terapeuta profesional independiente de la consecución de este objetivo primordial?

Debemos de conseguir la mayor implicación posible de las personas con adicciones con el resto de la sociedad civil, para que con ellos, desde su aportación como integrantes de una comunidad y con el conocimiento de derechos y responsabilidades como ciudadanos, se involucren plenamente en el proceso de construcción comunitaria y para fomentar en ellos un sentido de pertenencia y de identidad comunitaria. Ese debe ser nuestro objetivo educativo: recuperar, volver a dotar en todo caso ese sentimiento de pertenencia integrador y de responsabilidad ciudadana.

*El desarrollo de un comportamiento cívico responsable puede fomentarse desde edades muy tempranas. La educación para la ciudadanía incluye el aprendizaje de los derechos y deberes de los ciudadanos, el respeto por los valores democráticos y por los derechos humanos, y la importancia de la solidaridad, tolerancia y participación en una sociedad democrática, es sin más un instrumento de consecución de un fin, tan noble, como la consecución de ciudadanos responsables y activos (Ministerio de Educación, 2005: 3)*

La promoción de la educación para la ciudadanía, de la educación cívica, debe ser considerada como un intento plenamente válido de normalización real de una sociedad. Así desde hace ya bastante tiempo,

las iniciativas de múltiples organizaciones internacionales e instituciones para la investigación han tratado de promover la idea de educación para la ciudadanía.

De la misma forma, la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) promovió activamente la idea en si a escala global a través de su Decenio de las Naciones Unidas para la Educación en la esfera de los Derechos Humanos (1995-2004).

El desarrollo del concepto de Educación para la Ciudadanía dentro del Consejo de Europa tiene su inicio mediante el proyecto Educación para la Ciudadanía Democrática que se desarrolla desde el año 1997. Los resultados de este proyecto, foro de debate de expertos y profesionales, han dado lugar a la creación de unas normas políticas en el campo de Educación para la Ciudadanía, y ha recomendado a sus estados miembros su aplicación. El proyecto desarrollado por el Consejo de Europa ve su fin en el año 2005, declarado oficialmente como el Año Europeo de la Ciudadanía a través de la Educación.

*En la Unión Europea, la estrategia de Lisboa marcó la ruta hacia una economía del conocimiento y también marcó una nueva agenda social, donde la inclusión social y la ciudadanía fueron y siguen siendo, importantísimos objetivos políticos (o.c.: 7).*

El marco educativo, tanto en su dimensión más estructurada, la escuela tradicional, el sistema educativo, como fuera de dicho contexto reglado, la educación fuera de dicho sistema educativo, puede y debe ser el instrumento para transmitir y enseñar principios como equidad, inclusión y cohesión. La UE se amplía, Europa crece y crece para todos. En ese sentido global, no sólo debemos creer que la participación ciudadana ha de limitarse a aquella población con conductas normalizadas, no adictivas, no excluidas. Siendo importante que todos, jóvenes y no tan jóvenes, desarrollen una actitud cívica positiva y



aprendan el significado de una ciudadanía responsable en una sociedad democrática, no debemos olvidar la existencia también de realizar esa labor educativa, de llevar a cabo por tanto ese aprendizaje en otros entornos distintos al reglado, al sistema educativo tradicional.

Y podemos plantearnos ahora de una forma sencilla ¿Qué es la Ciudadanía como concepto?, ¿Qué es la educación para la ciudadanía? ¿Qué objetivos persigue? ¿Disponemos de criterios de evaluación de dichos contenidos? ¿Que competencias básicas debemos tener en consideración al acercarnos al concepto y a la práctica de la ciudadanía? Y plantearnos otras cuestiones como: ¿Estamos preparados, en cualquier contexto educativo, educadores y educandos, para hacer nuestros los conceptos formulados? Pero, a la vez que intentamos dar respuestas a las preguntas formuladas, debemos ser capaces de contestar a un interrogante establecido que es: ¿Estamos abiertos a una reflexión e implicación en el desarrollo de dichos contenidos, en nuestra actividad educativa, más allá de nuestras “personales e individuales creencias”?

La Red Europea de información en Educación ha adoptado una definición común del término “ciudadanía responsable”, así como del concepto, íntimamente relacionado, de educación para la ciudadanía. Siguiendo lo expuesto anteriormente, podemos decir que un ciudadano puede ser definido como una persona que coexiste en una sociedad. Todo cambio en la sociedad supone cambios en las concepciones teóricas de ciudadanía y en sus aplicaciones prácticas.

### 2.3.5.1. Un modelo pedagógico para una ciudadanía activa

La Educación para la Ciudadanía, en el contexto de nuestro estudio y en el marco de acción al que pretendemos llevarlo, debe ser entendido como la educación que tanto a los profesionales de las adicciones, como a los educandos adictos y a sus familias debemos de procurar, cuyo fin debe ser garantizar que todos ellos se desarrollen como ciudadanos activos, y responsables, capaces de contribuir al desarrollo de la sociedad en la que viven y al bienestar de la misma, independiente de los “conflictos existentes” entre los educandos y las familias y la propia comunidad .

Queremos aquí hacer nuestras las palabras de Tiana (2010: 151) al manifestar que:

*El sistema educativo cumple una triple función: prepara a los jóvenes para que puedan seguir aprendiendo por sí mismos a lo largo de toda su vida, les aporta las competencias necesarias para permitirles una adecuada inserción laboral y un fructífero ejercicio profesional y les forma para insertarse en una sociedad abierta y democrática, en la que se espera que participen como ciudadanos.*

Y ante ello nos planteamos ¿podría justificarse que no debiéramos utilizar nuevas estrategias y procedimientos para la consecución de dichos objetivos en el caso concreto de nuestros educandos adictos? Y de igual forma, nos planteamos si: ¿podemos, o más acertadamente debemos buscar nuevos caminos para provocar modificaciones, cambios “eficaces” en las interacciones del educando adicto con la comunidad social a la que pertenece y a la que ha de volver? o por el contrario ¿debemos evitar dicha consecución de objetivos inclusivos actuando desde los planos educativos y mantener en exclusividad las innovaciones en el campo de la psicología?

En opinión de Tiana la necesidad de abordar expresamente la formación cívica de los jóvenes en el sistema educativo español se justificaba pues:

*En la sociedad actual, la educación debe de contribuir a formar personas que puedan convivir en un clima de respeto, tolerancia, participación y libertad y que sean capaces de construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma (o.c.: 152).*

Pretendemos por tanto el desarrollo del pensamiento crítico, y de ciertas actitudes y valores como herramientas de cambio en los procesos adictivos y sus relaciones familiares, desarrollando entre otros aspectos, el reconocimiento y el respeto de uno mismo y de los demás para favorecer procesos de comprensión mutua entre otros.

Buscamos la participación activa de todos los actores implicados, para de esta forma, permitirles implicarse más aún en la sociedad en general, desarrollando, entre otros aspectos, su capacidad de compromiso con los demás.

Educar para la Ciudadanía supone apostar por un modelo pedagógico, no solamente escolar, sino educativo, en una mayor plenitud expansiva de la acción pedagógica, en una apertura al contexto educativo no formal, en el cual se procura que la persona construya su modelo de vida feliz y al mismo tiempo contribuya a la construcción de un modo de vida en comunidad justo y democrático. Esta doble dimensión, individual y relacional, particular y comunitaria, debe conjugarse en el mismo tiempo y espacio si lo que pretendemos es construir ciudadanía y sobre todo si ésta se pretende en sociedades plurales y diversas.

Hablamos por tanto de una dimensión individual y relacional que debe tener la persona, el educando y el educador, pero siguiendo a Tiana y en base a lo reflejado en el documento del Ministerio de Educación “Una

educación de calidad para todos y entre todos” (MEC, 2004), no debemos de olvidar la complejidad y la pluralidad de la sociedad española y del creciente individualismo en ella presente y recogidos con anterioridad por numerosos autores (Camps, 1993). En alusión a este individualismo manifestaba que:

*Frente a los códigos grupales emerge una escala de valores menos uniforme, una moral de situación que parece fragmentar la vida personal y social en mil visiones distintas, y muchas veces, contrapuestas (MEC, 2004:95).*

No todos los modelos de vida feliz son compatibles con los modelos de vida justos y democráticos en comunidad. Es evidente que una vida impregnada por una conducta adictiva difícilmente compatibiliza en nuestro entorno común. La segunda mitad del siglo XX, caracterizada por la lucha y la profundización de los derechos humanos, debe ser completada, en el siglo presente por la lucha y la profundización en los deberes. Derechos y deberes conocidos por todos y de obligado “cumplimiento social”. Como seres humanos que interactúan constantemente, hemos de asumir, en nuestra convivencia diaria y con una perspectiva suficientemente “amplia y abierta” las transformaciones sociales que se producen en nuestro entorno, los movimientos migratorios que “enriquecen” al individuo, aunque también supongan abrir nuevas posibilidades de “conflicto social” e igualmente debemos considerar el carácter interconectado que acompaña al proceso de globalización que estamos viviendo. Todo ello presenta en las sociedades más desarrolladas y concretamente a los sectores más favorecidos de éstas, retos que no son fáciles de integrar sin más, de forma natural. La exclusión social como fenómeno con el que convivir diariamente no es un fenómeno de fácil aceptación sin que el individuo adopte una posición coincidente con el fenómeno de concientización propuesto por Freire, donde se constituye como una tarea fundamental de la educación liberadora auténtica y que, como tal, respete al ser humano como persona.

Los sectores más favorecidos de nuestro mundo y en concreto los que disfrutamos del llamado “primer mundo” debemos priorizar en nuestras políticas educativas acciones orientadas a la formación de una ciudadanía activa que sea capaz de responder ante estos retos en una sociedad de la diferencia y no de la desigualdad. Esto exige formar no sólo ciudadanos que defiendan y luchen por los derechos de primera y segunda generación, sino que también reconozcan la diferencia como factor de progreso y estén dispuestos a luchar para que éstos no induzcan desigualdades e injusticias incluso a costa del ejercicio de determinados niveles de disfrute de los derechos de primera y segunda generación por parte de ellos.

Así en el documento ministerial “Una educación de calidad para todos y entre todos” (MEC, 2006) se manifestaba la misma idea que algunos años después expone Tiana (2010: 154):

*Los niños y jóvenes tienen que aprender que pertenecer a una sociedad democrática es formar parte de una colectividad que se ha dotado así misma de un conjunto de valores y normas que expresan el consenso, la racionalidad, la libertad, el respeto a los demás y la solidaridad que constituyen los cimientos de la misma.*

Y añade:

*Esas palabras evidencian la convicción de que la sociedad española ha experimentado cambios importantes en los últimos tiempos, aunque esa transformación haya sido paulatina y no siempre haya resultado sencillo apreciar su veloz ritmo y sus importantes dimensiones. En consecuencia, la educación, tanto la que se desarrolla en el seno de las familias como la que tiene lugar en el interior del sistema educativo, debe responder a esas nuevas circunstancias (Ibíd.).*

Este modelo de ciudadanía activa que buscamos en nuestros educandos y educadores no se improvisa. Su presencia en las acciones desarrolladas desde la transversalidad no debe dejarse a la intuitiva oportunidad educativa en el recurso asistencial. Es éste un modelo que requiere acciones pedagógicas orientadas a la persona en su globalidad, a la inteligencia, a la razón, al sentimiento y a la voluntad. No debemos de dejar pasar la ocasión para referirnos a la importante situación que todos los ámbitos educativos van a tener ya que tanto la formación en valores como los aspectos morales y éticos, son tareas compartidas entre el ambiente educativo y el familiar. La familia en cuanto a su papel fundamental en el desarrollo armónico del individuo.

En definitiva:

*El reconocimiento (refiriéndose a la familia) no debe de hacer olvidar el importante papel que en esta tarea de formación en valores le corresponde al sistema educativo, tanto por lo que hace como por lo que deja de hacer, tanto por sus mensajes expresos como por los tácitos como lo han puesto los estudios realizados acerca del denominado curriculum oculto (Ibíd.).*

Estas acciones pedagógicas, dirigidas a la consecución en el momento final de una ciudadanía activa, deben contribuir al hecho de que en nuestro proceso de construcción personal, que no es solamente individual, sino que se da en la interacción con los otros, aprendamos a apreciar valores, denunciar su falta y configurar nuestra matriz personal de valores.

Esta tarea pedagógica consiste en primer lugar en crear condiciones que fomenten la sensibilidad moral en aquellos que aprenden, a fin de constatar y vivir los conflictos morales de nuestro entorno tanto físico como mediático. En segundo lugar, y a partir de la vivencia y análisis de experiencias que como agente, paciente u

observador pueden generar en nosotros los conflictos morales en nuestro contexto, la acción pedagógica ha de permitir superar el nivel subjetivo de los sentimientos y mediante el diálogo construir de forma compartida principios morales con pretensión de universalidad. En tercer lugar, ha de propiciar condiciones que ayuden a reconocer las diferencias, los valores, las tradiciones y la cultura en general de cada comunidad, y al mismo tiempo que favorezcan la construcción de consensos en torno a los principios básicos mínimos de una ética civil o ciudadanía activa, fundamento de la convivencia en sociedades plurales. Estos principios básicos se refieren a la justicia y son identificados por Rawls como la igualdad de libertades y de oportunidades y la distribución equitativa de los bienes primarios.

Pero estas condiciones no se consiguen a través de declaraciones verbales, sistemas de enseñanza basados casi exclusivamente en la actividad del educador o disposiciones legales que regulen currículum de los diferentes países. Es necesario considerar que si educar en valores es crear condiciones para conseguir todo lo que hemos dicho hasta ahora, la función reguladora y de modelaje que ejerce el educador es clave. La formación de una ciudadanía activa precisa un educador beligerante, agresivo en la defensa de principios como los apuntados anteriormente y respetuoso con las distintas creencias de cada uno, con formas de entender el mundo y formas de construirnos como personas, que respetando los principios de justicia enunciados conforman los diferentes modelos de vida buena de cada uno de nosotros.

Podemos manifestar que todo lo expuesto hasta este momento está enfocado básicamente a un trabajo educativo referente a educación para la ciudadanía en el ámbito de la escuela, al de la familia y en los diferentes medios de transmisión de la información. En este último caso, en los medios de comunicación, se justifica su consideración en base a la responsabilidad social que tienen en relación a la formación de valores en los ciudadanos. De igual forma, hasta este momento, todo lo expuesto

viene referido al conjunto de valores vividos y transmitidos a través de grupos de iguales.

Así, debemos plantearnos que no es de menor importancia valorar cómo podemos extrapolar todo lo hasta ahora abordado a un ámbito, a un sistema, a la propia comunidad terapéutica. Trasladarlo a una microsociedad cerrada, con aperturas variables al exterior, donde debemos “preparar” también a los educandos para la ciudadanía activa del futuro, y en la que los elementos anteriormente mencionados, familia, medios de comunicación y transmisión de valores y el intercambio de valores vividos entre el grupo de iguales son realidades constantes e influyentes.

En la formación de nuestros educandos en aspectos relativos a educación cívica y moral, a la ciudadanía, tiene, sin lugar a dudas en nuestro quehacer comunitario, un tratamiento transversal. Por tanto, esto nos hace plantearnos que quizás no es necesario inicialmente y en una primera reflexión, el hacer expresa incidencia a la existencia de una formación específica en ciudadanía en nuestros educadores, porque ellos, al igual que nuestros educandos, adquirirán las competencias sobre valores y ciudadanía de manera transversal, junto con otras materias, junto a otros contenidos, que serán valorados como necesarios dentro de los distintos planes de formación.

A la hora de formular el cuestionario de nuestra investigación, hemos introducido preguntas que van dirigidas a ver si consideran adecuada y suficiente la formación en estos aspectos y si aprecian una traslación de los conocimientos que poseen en aspectos cívicos y ciudadanos en su quehacer diario o por el contrario, se manifiestan insuficientes, como ya ocurrió cuando en el año 2004, se procedió a valorar los resultados de un enfoque exclusivamente transversal de la educación para la ciudadanía en los diferentes centros educativos.

Por estos motivos hace notar Tiana (2010: 156):



*Esa insuficiencia se manifiesta en fenómenos como el escaso nivel de respeto hacia los bienes públicos y colectivos, la existencia de determinadas conductas de riesgo, por ejemplo en relación con el consumo de alcohol y de sustancias adictivas o en la manifestación de conductas incompatibles con la democracia, como la intolerancia, la agresión.*

En esta situación debemos de plantearnos quizás, en base a los resultados que obtengamos, si es adecuada la formación transversal en aspectos de Educación para la Ciudadanía en los educadores y si las competencias que disponen éstos hacen posteriormente que su reflejo, vivencia e interiorización por parte de los educandos sean correctos o por el contrario es preciso un proceso de formación menos disperso en estos educandos incluyendo en los planes de formación aspectos concretos de Educación para la Ciudadanía que eviten cualquier insuficiencia.

Retrocediendo brevemente al inicio del presente capítulo, recordaremos que la formación en aspectos educativos cívicos en nuestra ciudadanía, y concretamente en nuestros jóvenes, objeto de interés político y origen de la conflictividad de planteamientos generadas, en ningún caso es arbitraria sino que está basada en recomendaciones establecidas por diversos organismos internacionales y por la propia experiencia desarrollada en países de la Unión Europea.

En el año 2002, que como veremos es el año de inicio de nuestra revisión de los diferentes planes de formación en profesionales, se desarrollaron un conjunto de iniciativas que tomaron cuerpo en la denominada Recomendación sobre Educación para la Ciudadanía democrática (2002), que venía a surgir con la finalidad de intentar prevenir y afrontar el déficit democrático que nuestras sociedades presentaban en base a los datos obtenidos por el Consejo de Europa en 1997. Así, recogiendo lo manifestado por Tiana (o.c.: 157):

*El Consejo de Europa consideró prioritaria la acción en la escuela para la adquisición de varias competencias, entre las que mencionaba expresamente la de resolver los conflictos de forma no violenta; argumentar en defensa de los puntos de vista propios; escuchar, comprender e interpretar los argumentos de los otros; reconocer y aceptar las diferencias; elegir, considerar alternativas y someterlas a un análisis ético; asumir responsabilidades compartidas; establecer relaciones constructivas con los demás; y realizar un enfoque crítico de la información recibida.*

Para finalizar este capítulo podemos referirnos a lo manifestado por Irene Martín Cortes en *Una propuesta para la enseñanza de la Ciudadanía democrática en España*, publicada por la Fundación Alternativas en el año 2006 y donde se manifiesta, tal y como recoge también Tiana (o.c.: 158):

*La apuesta por reforzar la Educación por la Ciudadanía Democrática en el curriculum escolar no es, ni mucho menos, una iniciativa aislada de un determinado gobierno y tampoco de un solo país o de un grupo concreto de países. Más bien, se trata de una respuesta ampliamente respaldada frente a una serie de problemas que tienen que ver con su calida y con su cohesión social dentro de las mismas, compartidos –en mayor o menos grado –por todas las democracias.*

### **2.3.6. Condiciones para una educación en valores y para la ciudadanía. La construcción de la Ciudadanía y sus contenidos**

Anteriormente hicimos referencia a las diferentes acciones pedagógicas, que dirigidas a la consecución de una ciudadanía activa, tanto de los profesionales educadores como de los educandos, deben contribuir al hecho que en nuestro proceso de construcción personal. El cual no es solamente individual, sino que se da en la interacción con los otros.

Por ello aprendamos a apreciar valores, a denunciar su falta y a configurar nuestra matriz personal de valores, a la vez que seamos capaces de adquirir las competencias que nos permitan este desarrollo de la ciudadanía plenamente activa.

En relación con las obligaciones del Estado en la formación de todos los ciudadanos y ciudadanas en valores y virtudes cívicas que favorezcan la cohesión social podemos destacar el artículo 27.2 de la Constitución de 1978, donde se indica que la educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad en el respeto a los principios democráticos de convivencia y derechos y libertades fundamentales.

Al referirnos a la educación ético-cívica, podemos decir que en ella es fundamental el estudio, el análisis de las relaciones interpersonales y de la convivencia, analizando la libertad y la responsabilidad como características que definen a la persona y que posibilitan la convivencia. Y dentro de ella, queremos destacar la aceptación del principio de respeto a la dignidad de toda persona como elemento básico posibilitador de la convivencia.

La formación del ciudadano es sin duda una de las metas, de los objetivos fundamentales y prioritarios de las diferentes agendas político-educativas de hoy día. Es preciso construir una ciudadanía crítica y

participativa que sea capaz de encontrar soluciones ante la diversidad de conflictos emergentes que se reflejan en situaciones como desigualdades sociales, discriminaciones, exclusiones, etc. Por ello y siguiendo el pensamiento de Dewey (1953) recogido por Mercedes Oraisón en *La construcción de la ciudadanía en el siglo XXI* (2005: 9) podemos manifestar:

*Es imposible pensar en una sociedad democrática, justa y solidaria, sin una adecuación amplia e igualitaria que pueda imprimir en cada uno de sus miembros el carácter de una auténtica ciudadanía.*

Y continuamos haciendo nuestras las palabras de la autora:

*La compleja y profunda construcción socio histórica de la ciudadanía es fundamentalmente pedagógica ya que opera sobre la conformación del imaginario y de los hábitos y actitudes que se expresan distintos roles y posiciones dentro del sistema político y la sociedad civil. (o.c.: 10).*

Si bien hemos de decir que de igual forma que estas acciones se desarrollan en ámbito de la educación formal y sistemática, en nuestro caso, es de sumo interés el que también tengan lugar en la educación no formal.

La posición que adopta el educador frente al educando, emprender la tarea de educar en valores, en ética, en ciudadanía, constituye el punto central del proceso.

Otro autor, Gustavo Schujman, sostiene en *Formación ética y ciudadanía .Un cambio de mirada* (2004: 13) que:

*Hay una posición muy perniciosa para esta tarea y, seguramente, para toda acción educativa. Es la posición que intenta ocupar el lugar del saber quién se pone en ese lugar*

*obtura a los educandos, los vuelve dependientes y cierra las puertas a la posibilidad que sean ellos quienes desplieguen sus ideas, piensen por si mismos, busquen acuerdos.*

Es lo que denominan diversos autores, entre ellos Gustavo Shujman, construcción colectiva. Al hablar de educación en valores y ciudadanía, al hablar de educación ética, estamos refiriéndonos a la construcción colectiva, que sólo se podrá realizar si los agentes del proceso educativo se sienten capaces. En opinión de Gustavo Shujman (o.c.:14):

*Construcción colectiva significa que es el resultado de un producto de la relación entre las personas que participan en el proceso de enseñanza aprendizaje, es algo que está en medio de las personas, en la trama de las relaciones humanas. Es el producto de un auténtico dialogo. Quien educa en valores debe favorecer este proceso de construcción, debe crear las condiciones, animar en la acción, en el dialogo, a la participación, a la creación.*

Por último, en este proceso de intentar centrar la acción educativa en valores y ciudadanía sostenemos que el problema de la incongruencia o de la contradicción entre lo que el educando dice y hace cuando se trata de educar en valores es más complejo de lo que uno inicialmente puede creer. Aquí es donde entra la mirada, la percepción que tiene el educando, que surge, coexiste con el decir y el hacer. En nuestro particular caso entre el decir y el hacer del educando y la mirada que hay detrás de las acciones realizadas por ellos en relación con los destinatarios de la misma, los educandos adictos, puede provocar que si bien no existan contradicción entre lo que se dice y se hace, la mirada de la acción en si pueda desmentir el discurso realizado, aunque la acción en si misma no lo desmienta. Concluimos con Schujman (Ibíd.): “Antes que de ser responsables de nuestro decir y de nuestro hacer somos responsables de nuestro mirar”.

En la institución educativa frecuentemente se da la situación que el propio educador de por perdidas a ciertas personas. Esa mirada hacia el otro (hacia el educando) hace imposible en este caso la formación en ética y ciudadanía. En este caso el educador estaría inhabilitado para formar éticamente a los educandos, estaría en si mismo inhabilitado para la educación.

Así, “la educación se opone al fatalismo pues quien educa supone que puede lograr cambios en la realidad” (Ibíd). De igual forma podemos decir que: “No puede haber una auténtica formación ética si se ve al otro como un ser absolutamente determinado y, en cierto aspecto perdido” (o.c.:15).

Estas acciones pedagógicas, dirigidas a la consecución en el momento final de una ciudadanía activa, deben contribuir al hecho de que en nuestro proceso de construcción personal, que no es solamente individual, sino que se da en la interacción con los otros, aprendamos a apreciar valores, denunciar su falta y configurar nuestra matriz personal de valores.

#### **2.3.6.1. Ciudadanía, dignificación y participación. Diálogo y conflicto**

Si consideramos lo expuesto por María Teresa Yuren en *Educación para la eticidad y la ciudadanía en tiempos de globalización* y recogido por Mercedes Oraisón (2005) podemos señalar que:

*La ciudadanía debe partir de un proyecto de dignificación. Y dignificar significa contribuir al proceso de construcción de una eticidad y una moralidad que favorezcan la dignidad. La dignidad para Yuren es la necesidad de cada uno de ser*

*persona libre, social, consciente y creadora de cultura que busca ser reconocida como tal y, por ende, como miembro del género humano. (Oraison, 2005: 10).*

Yuren tomó como fuente inspiradora la obra de Agnes Heller sobre las necesidades radicales, y formuló en base a ella un concepto no metafísico de dignidad. Definió la dignidad como:

*El conjunto de necesidades radicales que a lo largo de la Historia, se han mostrado como constitutivas de la riqueza humana: la libertad, la conciencia, la socialidad, la objetivación y la pertenencia a la humanidad (Ibíd).*

Para ello, nos atrevemos a trasladar tres criterios que tendrían que guiar la acción pedagógica del profesorado, del educador en nuestro caso, siguiendo lo manifestado por Miquel Martínez en *Educación y Ciudadanía activa*, documento del Programa Educación y Valores de la Organización de Estados Iberoamericanos (2001). Según el autor estos criterios deberían estar orientados a cultivar tres condiciones.

La primera de dichas condiciones giraría sobre el cultivo de la autonomía de la persona, el respeto a sus formas de ser y pensar y el trabajo pedagógico, sobre todo aquello que haga posible que la persona esté en condiciones de defenderse de la presión colectiva y le ayude a pronunciarse de manera singular. Este planteamiento, como primera condición o criterio, encaja a la perfección en la acción pedagógica, sobre la acción educativa, que deben llevar los educadores en el ámbito objeto de nuestra investigación. Potenciar la autonomía y el crecimiento personal del educando, favorecer la interiorización de valores como la responsabilidad, la sinceridad, el diálogo, el respeto, la confianza, la autoestima y la creatividad, junto con la paz, la tolerancia, la justicia, la cooperación y la capacidad de compartir como valor, serán parte fundamental en el trabajo terapéutico que abordaremos en capítulos sucesivos.

La segunda condición, en opinión de Miquel Martínez, y que es asumida como plenamente válida, sería que la persona entienda que ante las diferencias y los conflictos, la única forma legítima de abordarlos es a través del diálogo; y por tanto que esté entrenada a poder hablar de todo aquello con lo que no está de acuerdo con el otro. En opinión del autor, como queda establecido en el documento al que nos referimos con anterioridad, correspondiente al programa de la OEI (2001), no estamos afirmando que a través del diálogo las personas seamos capaces siempre de resolver los conflictos existentes, porque el diálogo no siempre resuelve los conflictos. Es más, hay conflictos en la vida que probablemente no precisan ser resueltos, en opinión del autor. Por tanto podemos decir que la vida es también conflicto.

Podemos abordar por tanto el diálogo como valor. Dialogar nos puede permitir desvelar actitudes favorables y positivas en la búsqueda del interés común y de la cooperación social. La capacidad de diálogo es básica para todo ser humano. Dispone por tanto el diálogo de un valor intrínseco en todo proceso educativo y precisa de una serie de acciones para que sea fructífero. Acciones como pueden ser: abrirse al otro, acogerle, respetarle y escucharle activamente, emplear un lenguaje común, compartir la reflexión y la crítica, entre otros aspectos.

Lo que el diálogo permite es abordar los conflictos de una forma diferente de cuando uno no los aborda desde esa perspectiva. Porque el valor del diálogo no se agota en el logro de consenso. Se trata de avanzar incluso en el desacuerdo, una forma de respetarse a pesar de que no se esté de acuerdo. La búsqueda del consenso por principio es discutible, según el autor.

En este planteamiento Martínez continúa exponiendo que la búsqueda del consenso de forma permanente puede llevar incluso a formas de pensamiento único que generalmente no contribuyen a profundizar en la convivencia en sociedades plurales. El diálogo debe colaborar a que las personas cuando no coinciden, cuando sobre un tema



no hay un acuerdo, puedan avanzar en este desacuerdo, hablen como si fuese posible ponerse de acuerdo, a pesar de que no logren alcanzarlo. El valor del diálogo descansa sobre todo en el de las actitudes con las que avanzamos cuando la diferencia o el conflicto existe.

Y la tercera condición importante que deberíamos entre todos favorecer, es educar y promover situaciones en que podamos aprender a ser respetuosos y tolerantes de manera activa. Sabemos que la palabra tolerancia, generalmente, significa soportar al otro (Martínez, 2001). Por el contrario, no nos estamos refiriendo a la tolerancia en este sentido negativo, sino en el sentido activo y positivo. En el sentido que hace posible reconocer al otro con igualdad de condiciones que nosotros, con la misma dignidad, y con la misma capacidad de tener la razón y de estar en posesión de la verdad que nosotros creemos que tenemos. Esta tolerancia, respeto y conocimiento del otro es difícil de practicar si no hay también un proceso de entrenamiento en la aceptación de pequeñas contrariedades.

#### **2.3.6.2. Liderazgo y educación**

No podremos llegar a ser una sociedad solidaria si no nos educamos también en la contrariedad. Miquel Martínez (2001) nos hace entender que la aceptación de las limitaciones, las nuestras, y las que nos impone el hecho de convivir en una sociedad plural no se improvisa en situaciones complejas, ni es practicada espontáneamente por los sectores más favorecidos. Y por ello, las propuestas pedagógicas en torno a la no exclusión y en contra de la discriminación y de la marginación deben incidir sobre los que puedan quedar excluidos, pero sobre todo deben incidir sobre los que puedan ejercer la exclusión.

De aquí el importante papel de la educación inclusiva en el abordaje terapéutico de las adicciones. La pedagogía social debe de entrar de lleno en los recursos asistenciales, dotando de valor educativo todas las acciones en ellos desarrolladas y proporcionando competencias adecuadas a los profesionales.

Siguiendo lo manifestado por este autor podemos señalar la importancia de:

*Educar para entender que en toda comunidad, pero principalmente en sociedades plurales, el bien común no siempre significa satisfacción de bienes particulares, sino que a menudo el bien común significa renuncia a intereses particulares. Por ello es importante recuperar el valor pedagógico del esfuerzo. (Martínez, 2001<sup>10</sup>)*

Éste es entendido como valor fundamental en una sociedad como la nuestra. En ningún momento podremos entender el esfuerzo como sinónimo de disciplina, sino que nos referimos al hecho trascendental que la persona sea capaz de ejercer un cierto autocontrol sobre sí misma, y como continua expresando Martínez (Ibíd):

*Que sea capaz de no consumir a pesar de que la presión colectiva sea ésta; que sea capaz de no hacer siempre aquello que es más probable –es esto lo que quiere decir autocontrolarse-, a pesar de que el ambiente acompañe a hacerlo. Es esta ciudadanía crítica, singular pero también orientada al bien común la que entendemos como ciudadanía activa y por la que apostamos.*

Entendemos que sólo de esta manera será posible construir una sociedad diversa y plural en la que hemos de aprender a ser y convivir de forma pluralista, justa y democrática.

---

<sup>10</sup> Ver [www.oei.es/valores2/mmartinez.htm](http://www.oei.es/valores2/mmartinez.htm)

Y es aquí dentro de este proceso de enseñanza y aprendizaje destinado a la construcción de una sociedad diversa y amplia, donde nos encontramos con las particularidades existentes en nuestro estudio de investigación. Es en este momento donde sin dudas, no se debe dejar en el olvido la importancia que la “construcción humana” de colectivos con necesidades específicas, de hombres y mujeres adictos con necesidades de transformación social, que además del notable esfuerzo por normalizar su conducta adicta deben de recuperar su dignidad como personas y a los que debemos de ayudar activamente como profesionales “de lo social y lo comunitario” en su “construcción activa como ciudadanos”.

Por ello precisamos, como indica el autor antes citado, un modelo pedagógico que no se limite a incidir sobre las acciones educativas en sentido estricto, sino que también afecte a los medios de educación no formal, informal y de conformación social y cultural de carácter mediático, familiar y comunitaria. Nuestras acciones educativas para una ciudadanía activa no deben limitarse al campo estrictamente formal, deben salir de él, y actuar en los contextos en los que no adquieren un valor “inmediato” pero donde serán sumamente precisas para la consecución de la normalización cívico-ciudadana buscada.

Y precisamos que este modelo pedagógico sea guiado por una nueva forma de entender la responsabilidad, un énfasis mayor en el papel regulador y guía de la dignidad humana como valor y una mayor preocupación por orientar nuestras acciones no tanto en función de intereses particulares por legítimos que sean, sino en función de bienes colectivos que constituyan el bien común.

Podemos por tanto plantear algunas orientaciones para la acción pedagógica en educación para la ciudadanía que deben de estar presentes en la acción llevada también a cabo en nuestros escenarios educativos, las propias comunidades terapéuticas como cualquier recurso asistencial.

Formularemos a continuación y a modo de síntesis, algunas orientaciones para la incorporación de éstas en proyectos educativos que pretendan la profundización en los derechos humanos y el aprendizaje de los deberes que han de hacer posible una ciudadanía activa.

Siguiendo a Miquel Martínez (2001) diremos que es necesario promover situaciones que faciliten la autocrítica de la propia cultura, el aprendizaje de otras culturas destacando lo que en ellas se estime más valioso y el aprendizaje de habilidades dialógicas y de actitudes que favorezcan:

*La búsqueda de consensos, o el reconocimiento compartido de la ausencia de éstos. (Ibíd.).*

Consenso como instrumento de convivencia, consensos para una normal vida social en comunidad, consensos que nos hagan entender los derechos de los demás ciudadanos y los nuestros propios deberes.

*Conviene fomentar aprendizajes no sólo a través de reforzadores positivos sino también a través de la superación personal y la renuncia a intereses particulares cuando se opongan u obstaculicen el logro de intereses colectivos y bienes comunes. De igual forma conviene desarrollar actitudes que favorezcan la austeridad en el consumo de bienes y recursos. Sólo evitando que éstos no se malgasten seremos capaces de alcanzar una distribución equitativa de los mismos. (Ibíd.).*

Conviene por tanto favorecer aprendizajes que nos ayuden a ser felices, entendiendo que es preciso romper con la dinámica adictiva en esa búsqueda de la felicidad. De forma que esfuerzo y renunciaciones individuales invadirán la vida cotidiana en beneficio de la integración en comunidad.

De igual forma continúa estableciendo el autor que:

*Es necesario facilitar la implicación en proyectos colectivos que supongan la mejora de las condiciones socio-económicas y políticas que hacen o no posible el disfrute de los derechos humanos. La participación en programas que estudien y reflexionen sobre el cumplimiento o no de los derechos humanos en contextos próximos físicamente o lejanos pero habituales en nuestros contextos informativos debe incorporarse en nuestras propuestas pedagógicas.*

*En los proyectos educativos sobre los derechos humanos conviene insistir en que el ejercicio de éstos supone la aceptación de unos deberes y que sólo practicando éstos últimos seremos capaces de progresar en los niveles de justicia, equidad y solidaridad que han de hacer posible una vida digna para cada una de las personas que convivimos en este mundo y el reconocimiento de nuestras identidades no sólo individuales sino también grupales y culturales. (Ibíd.).*

Procesos de enseñanza y aprendizaje en este modelo pedagógico que deben de favorecer la implicación de nuestros educandos, al interiorizar estos que esa búsqueda de libertad personal del proceso adictivo debe facilitar su libertad comunitaria, social y económica, y por tanto la plenitud en el disfrute de derechos ciudadanos y en cumplimiento de los deberes inherentes.

Para finalizar, destacaremos dos aspectos más a tener en consideración en el proyecto educativo a desarrollar:

*En el desarrollo de programas de educación en valores y de desarrollo moral conviene integrar acciones pedagógicas sobre los sentimientos morales diferenciando en las relaciones interpersonales aquellas actitudes relativas a*

*nuestro comportamiento como agentes activos, pasivos o meramente observadores.*

*Proponemos recuperar el valor pedagógico del esfuerzo como medio pedagógico y no como fin, de forma que estemos mejor entrenados en el logro de los aprendizajes antes enunciados y seamos capaces de aceptar a lo largo de nuestras vidas aquellas contrariedades que sin duda surgirán al intentar hacer compatible el disfrute de nuestros derechos particulares con el de los demás, y el ejercicio de nuestra libertad con las limitaciones que tanto a nivel personal como colectivo supone la vida humana en colectividad y en situaciones de convivencialidad intercultural. (Ibíd.).*

### **2.3.7. La Comunidad Terapéutica, como modelo educativo fuera del Sistema**

Merino (2008: 119) hace notar que:

*La formación básica cultural, profesional o científica ha abonado tradicionalmente la idea que confunde o identifica a educación con actividades formativas de enseñanza-aprendizaje realizadas en la escuela, en la academia, en el instituto, en la universidad o en otras instituciones superiores de formación, en suma en el sistema educativo.*

Han sido muy numerosos los intentos de diferenciación de la educación en sus aspectos organizativos y metodológicos. Todos ellos han llevado a la creación de un macro-concepto de Sistema Educativo donde podemos destacar o distinguir tres grandes direcciones educativas.

La formal, la no formal y la informal. Esta terminología que fue acuñada por la propia UNESCO, ha generado numerosos criterios para establecer o intentar establecer de forma clara las separaciones entre ellas, sus límites. No habiéndose conseguido de manera clara este objetivo, creemos que es más favorable diferenciar sencillamente entre la educación que se da en el seno del medio educativo y aquella otra que se da fuera del mismo.

Todas las intervenciones terapéuticas, intervenciones educativas que tiene lugar en el seno de las comunidades terapéuticas quedarían encuadradas en intervenciones fuera del sistema educativo, que empleando la anterior dirección o etiqueta a las que hemos hecho referencia se corresponderían a su vez con educación desarrollada fuera del sistema formal y también con actividades realizadas en el ámbito de la educación no formal.

De igual forma continúa manifestando Merino que:

*Esta confusión constituye a un reduccionismo conceptual que hoy está suficientemente superado, como lo demuestra el desarrollo teórico de la pedagogía y de la didáctica (Ibíd.)*

Así queremos destacar lo manifestado por el informe UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI *La educación encierra un tesoro* (Delors, 1996) que indica la consideración de la educación como proceso y como producto personal y social permanente, que se desarrolla a lo largo de toda la vida del hombre.

Tal y como expresa Merino (2008: 120) diremos que:

*La investigación y la reflexión pedagógica insiste en el hecho de que la educación se origina en la interacción entre dos ejes: individuo y sociedad, y se desarrolla durante toda la vida, respondiendo a las necesidades educativas de*

*individualización y socialización promovidas por el hombre en su devenir existencial.*

El proceso de socialización originado y desarrollado durante toda la vida, este proceso de socialización de individuos y grupos, de forma genérica, y en particular de personas adictas, en el seno de un medio, la comunidad terapéutica, o bien fuera de el, es en todo caso un proceso educativo, es tarea educativa. Tal y como expone Durkheim a lo largo de todo su pensamiento, la educación no es otra cosa que socialización. La intervención por tanto en comunidad, su objetivo final, que tradicionalmente se ha denominado reinserción, hoy día quizás mas adecuadamente, inclusión, no es más que socialización y por ende educación.

Así continúa exponiendo Merino (Ibíd.) que:

*El eje sociedad en la interacción con el eje individuo será el responsable de aportar a la educación una realidad social y cultural, geográfica e históricamente específica, en la que se generan las necesidades educativas de socialización, que delimitarán y concretarán la acción educativa en cada contexto histórico y geográfico.*

Diremos que es necesario también asumir los dos objetivos el conceptual y el informativo, que se van a exponer a la hora de abordar cualquier proceso fuera del sistema educativo, por tanto cualquier actuación educativa que se realice en el seno de la comunidad, pero fuera del sistema reglado.

Por un lado tendremos el objetivo conceptual, entendiendo por tanto la necesidad de concienciarse que la educación no se agota en el sistema educativo, sino que se extiende a lo largo de toda la vida. Teniendo claro, por ello, que no existe un periodo temporal para la educación y otro para el trabajo para el ocio. Y por ultimo asumir que tanto la educación dentro como fuera del sistema educativo no



constituyen departamentos estancos. Son fases completarías de un único proceso.

El segundo objetivo es el informativo, el cual consiste en la acción de acercarse a la información sobre los diferentes procesos metodológicos y programas formativos existentes fuera del sistema educativo.

Del propio Informe Delors (1996: 7) podemos extraer como idea primordial que: “La educación constituye un instrumento indispensable para que la humanidad pueda progresar, hacia los ideales de paz, libertad y justicia social”.

Por ello, la Comisión al concluir sus labores, deseó afirmar su convicción respecto a la función esencial de la educación en el desarrollo continuo de la persona y de las sociedades, entendiéndola como una vía al servicio del desarrollo humano más armonioso, genuino, para hacer retroceder la pobreza, la exclusión las incomprensiones, las opresiones, etc.

Bajo la consideración de los pilares de la educación, de sus funciones, presentadas en el informe Delors, quizás al abordar una problemática como las adicciones, de incidencias individuales, familiares y comunitarias, es donde debemos aún más resaltar el papel de la educación en tanto su función: Aprender a ser . Tema éste dominante en el informe de Edgar Faure publicado en 1972 bajo los auspicios de la Unesco. Siguiendo a Delors (o.c.: 17) diremos que:

*Sus recomendaciones conservan hoy día una gran actualidad, puesto que ya el propio informe Delors recoge que el siglo XXI nos exigirá una mayor autonomía y capacidad de juicio junto con el fortalecimiento de la responsabilidad personal en la realización del destino colectivo.*

La Comisión Europea planteó aspectos utópicos. Así pensó en una educación que fuese generadora y base de un nuevo espíritu, que cimentado en el pilar Aprender a vivir juntos, en aprender a vivir en comunidad, conociendo por tanto mejor a los demás, su historia personal, sus peculiaridades, su “espiritualidad”, nos permita crear un nuevo espíritu que impulse y favorezca la realización de proyectos comunes y la solución pacífica e inteligente de los conflictos.

De igual forma la Comisión, se hizo eco de otra utopía: “la sociedad educativa basada en la adquisición, la actualización y el uso de los conocimientos”. (Ibíd).

Si consideramos lo planteado en el Informe Delors, al abordar los procesos de reforma llevados a cabo en el seno la educación, debemos considerar que, sin abandonar la gestión de las obligaciones (educativas) a corto plazo y sin descuidar la necesidad de adaptarse a los sistemas existentes, es preciso evidenciar la necesidad de la adopción de un enfoque a más largo plazo, para llevar a cabo con éxito las indispensables reformas en el campo educativo y favorezcan la amplitud de acciones y objetivos a conseguir.

Trasladándonos al campo de las adicciones, y no estando en nuestro planteamiento inicial abandonar los objetivos inmediatos, como son la atención farmacológica, ni la atención propiamente psicológica, actuando sobre la conducta adictiva, sobre la propia personalidad del adicto como educando, es entonces, cuando podemos plantearnos cuestiones como: ¿hemos abordado la educación, en una perspectiva más a largo plazo, como eje fundamental del cambio, de la integración del adicto como ciudadano activo?

Tres agentes fundamentales coadyuvan el éxito de las reformas educativas: en primer lugar, la comunidad local y sobre todo, los padres y madres, los directores de los establecimientos de enseñanza y los docentes, en segundo lugar las autoridades públicas y por último, la

comunidad internacional. Y todo ello es perfectamente trasladable en un proceso de intervención terapéutica en adicciones. Es trascendental el papel de la comunidad local en el proceso educativo de transformación de la realidad, padres, madres y educadores, familiares y profesionales.

Concluimos por tanto que mientras los tradicionales sistemas educativos formales van orientados a dar prioridad a la adquisición de conocimientos, en detrimento de otras formas de aprendizaje. Importa, según indica el Informe Delors, el concebir la educación como un todo. En esa concepción se debe buscar inspiración y orientación en las reformas educativas, tanto en la elaboración de los programas como en la definición de políticas pedagógicas.

En el capítulo séptimo del citado informe, se indica que la educación a lo largo de toda la vida conduce directamente a la noción de sociedad educativa, es decir, a una sociedad donde se ofrecen múltiples posibilidades de aprender, tanto en la escuela, como en la vida económica, social y cultural. De ahí la necesidad de multiplicar las formas de concertación y asociación de familias, los círculos económicos, el mundo de las asociaciones, etc. Y por tanto, también a los docentes les concierne este imperativo de actualizar su conocimiento y las competencias.

Nuevamente, una vez abordado lo establecido en el Informe Delors, volvemos a destacar lo manifestado por Merino (2008: 129) al tratar el aspecto de la Educación cívica, así el autor establece que:

*El sistema educativo no siempre aborda adecuadamente la educación cívica. Por ello, existen, fuera del sistema educativo, numerosas manifestaciones de la misma, con el denominador común de formar a los individuos y a los grupos para ser ciudadanos responsables y participar activa y solidariamente como tales en la sociedad.*

A su vez continúa diciendo que:

*La educación cívica implica el aprendizaje de todo lo que capacite para el ejercicio activo de la ciudadanía responsable. Si bien, la ciudadanía no puede limitarse a aprender un conjunto de deberes y de derechos sino que requiere, asimismo, el desarrollo de actitudes positivas al respecto y el aprendizaje de habilidades y competencias sociales adecuadas para ello” (o.c.: 130).*

Este autor resalta, como lo hace Ibañez-Martín (1972) en su obra *La ciudadanía en el siglo XXI. Una propuesta entre el realismo y la utopía* dos denominadores que surgen en todo intento de definir el concepto de la ciudadanía y que son: ciudadanía como conjunto de derechos y deberes y por otro lado, ciudadanía como forma articulada de desarrollar la humana condición social, comprometida y responsable en la construcción y gestión de una sociedad solidaria y dinámica. Y esta definición de ciudadanía conecta con la finalidad de dos áreas de intervención de las políticas sociales; Convivencia y Reinserción Social y Cooperación Social, las cuales que vienen definidas en la ley andaluza de servicios sociales y que enlazan las intervenciones sociales con la intervención educativa en ciudadanía para lograr la potenciación y promoción de la vida comunitaria junto al objetivo de procurar la incorporación de todos los individuos a la vida comunitaria antes referida.

En este momento y una vez abordada la educación fuera del sistema educativo, por ende trasladable a la educación, a las acciones educativas realizadas en el seno de los recursos asistenciales para intervenir en educandos con problemas de adicción, vamos a realizar una breve revisión por las normas educativas fundamentales en nuestro Estado.

Una vez efectuado el análisis normativo específico en el caso de las adicciones, finalizada por tanto la exposición de todo el conjunto de estrategias, planes y acciones específicas, que desde una perspectiva sanitaria-jurídica, podríamos calificar como definitorias de la intervención

llevada a cabo en la última década en este campo de estudio social, podemos ahora plantearnos una nueva cuestión: ¿Qué ha establecido la norma educativa respecto a la educación inclusiva? ¿Qué ha plasmado el legislador, en el marco de las políticas pedagógicas, para conseguir intervenir en el mundo de las adicciones desde el plano educativo?

### **2.3.7.1. Los referentes del marco legislativo educativo español y la educación inclusiva**

Realizaremos un breve recorrido, por tanto, por el Sistema Educativo Español, y siguiendo a Lorenzo (2008: 87) diremos que: "se puede hablar de un periodo de desarrollo del sistema Educativo español desde la aprobación de la Ley Moyano en 1857 hasta su sustitución global por una nueva Ley en 1970". Se trataba en este último caso de la Ley General de Educación de Villar Palasí.

Al referirnos a la ley Villar Palasí, promulgada en el seno de una España pre-democrática, aún bajo la influencia del Franquismo, pero ya desprendiéndose del ideal totalitario con el que nació el régimen y que se mantuvo claramente durante la primera etapa del mismo, queremos resaltar que en el capítulo IV de dicha ley, se hace referencia a la educación permanente de adultos (artículos 43, 44 y 45), como acción dirigida a la reconversión y a la actualización profesional. No hace por el contrario, mención alguna a aspectos relativos a educación inclusiva. Si bien, en el Capítulo VII se refiere a la Educación Especial, haciendo constar que su finalidad era preparar mediante un tratamiento educativo adecuado a educandos deficientes e inadaptados (artículo 49.1) y haciendo especial atención en escolares superdotados (artículo 49.2).

Poco o nada se puede decir en la norma educativa en cuanto a intervenciones educativas en un fenómeno social, como las drogodependencias, que aún no es apreciado, en ese momento concreto en que se promulga esta ley educativa, como un “acontecimiento social emergente” con un marcado carácter conflictivo y con una amplia incompreensión ciudadana. Será a lo largo de esta década de los 70 cuando la globalidad de la sociedad española se vea sorprendida por el fenómeno adictivo y deba empezar a articular respuestas.

En cuanto a la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), publicada el 4 de octubre de 1990, estableceremos que ya en el propio Preámbulo de la ley surge y plasma conceptos fundamentales, como es considerar el derecho a la educación como derecho de carácter social y el papel de la educación en la sociedad del futuro.

Así se señala que en esta sociedad de futuro, configurada progresivamente como una sociedad del saber, la educación compartirá con otras instancias sociales la transmisión de información y conocimientos, pero adquirirá aún mayor relevancia su capacidad para ordenarlos críticamente, para darles un sentido personal y moral, para generar actitudes y hábitos individuales y colectivos, para desarrollar aptitudes y para preservar en su esencia, adaptándolos a las situaciones emergentes, los valores con los que nos identificamos individual y colectivamente.

La ley considera la formación permanente del profesorado como un derecho y una obligación del profesor, así como una responsabilidad de las Administraciones educativas. Desde esa concepción, y con los apoyos precisos, ha de abordarse la permanente adaptación del profesorado a la renovación que requiere el carácter mutable, diversificado y complejo de la educación del futuro. En esta ley será el capítulo V del título I, el que aborde la educación especial, como aspecto inclusivo en materia educativa.

De igual forma, la Ley Orgánica de Educación del 2006 (LOE), publicada en el B.O.E. de 4 de mayo de 2006, ya indica en su Preámbulo:

*Las sociedades actuales conceden gran importancia a la educación que reciben sus jóvenes, en la convicción de que de ella dependen tanto el bienestar individual como el colectivo. La educación es el medio más adecuado para construir su personalidad, desarrollar al máximo sus capacidades, conformar su propia identidad personal y configurar su comprensión de la realidad, integrando la dimensión cognoscitiva, la afectiva y la axiológica.*

Además, manifiesta igualmente que:

*La educación es el medio más adecuado para garantizar el ejercicio de la ciudadanía democrática, responsable, libre y crítica, que resulta indispensable para la constitución de sociedades avanzadas, dinámicas y justas. Por ese motivo, una buena educación es la mayor riqueza y el principal recurso de un país y de sus ciudadanos (LOE, 2006: 17158).*

El tercer principio que inspira esta Ley consiste en un compromiso decidido con los objetivos educativos planteados por la Unión Europea para los próximos años (2007-2008). Y ya en el momento de publicación de esta nueva norma educativa podíamos manifestar que el proceso de construcción europea estaba llevando a una cierta convergencia de los sistemas de educación y formación, que se ha traducido en el establecimiento de unos objetivos educativos comunes para este inicio del siglo XXI.

La Unión Europea y la UNESCO se han propuesto mejorar la calidad y la eficacia de los sistemas de educación y de formación, lo que implica mejorar la capacitación de los docentes, desarrollar las aptitudes necesarias para la sociedad del conocimiento, garantizar el acceso de todos a las tecnologías de la información y la comunicación, aumentar la

matriculación en los estudios científicos, técnicos y artísticos y aprovechar al máximo los recursos disponibles, aumentando la inversión en recursos humanos.

Por otro lado, se ha planteado facilitar el acceso generalizado a los sistemas de educación y formación. Supone construir un entorno de aprendizaje abierto, hacer el aprendizaje más atractivo y promocionar la ciudadanía activa, la igualdad de oportunidades y la cohesión social.

El sistema educativo español debería por tanto acomodar sus actuaciones en los próximos años a la consecución de estos objetivos compartidos con sus socios de la Unión Europea.

En algunos casos, la situación educativa española se encontraba cercana a la fijada como objetivo para el final de esta década. En otros, sin embargo, la distancia era notable. La participación activa de España en la Unión Europea obliga a la mejora de los niveles educativos, hasta lograr situarlos en una posición acorde con su posición en Europa, lo que exigía un compromiso y un esfuerzo decidido, que también esta Ley asume en el año 2006.

Para conseguir que estos principios aceptados se conviertan en realidad, hay que actuar a partir de ese momento en varias direcciones complementarias.

Ante todo, se debe considerar la formación como un proceso permanente, que se desarrolla durante toda la vida. Si el aprendizaje se ha concebido tradicionalmente como una tarea que corresponde sobre todo a la etapa de la niñez y la adolescencia, en la actualidad ese planteamiento resulta claramente insuficiente. Hoy se sabe que la capacidad de aprender se mantiene a lo largo de los años, aunque cambien el modo en que se aprende y la motivación para seguir formándose. También somos conocedores que las necesidades derivadas de los cambios económicos y sociales obligan a los ciudadanos a ampliar



permanentemente su formación. En consecuencia, la atención hacia la educación de las personas adultas se ha visto incrementada.

Fomentar el aprendizaje a lo largo de toda la vida implica, ante todo, proporcionar a los jóvenes una educación completa, que abarque los conocimientos y las competencias básicas que resultan necesarias en la sociedad actual. Una educación que les permita desarrollar los valores que sustentan la práctica de la ciudadanía democrática, la vida en común y la cohesión social, que estimule en ellos y ellas el deseo de seguir aprendiendo y la capacidad de aprender por sí mismos. Además, supone ofrecer posibilidades a las personas jóvenes y adultas de combinar el estudio y la formación con la actividad laboral o con otras actividades.

A fin de garantizar la equidad, el título II de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (L.O.E) aborda los grupos de alumnos que requieren una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar alguna necesidad específica de apoyo educativo y establece los recursos precisos para acometer esta tarea, con el objetivo de lograr su plena inclusión e integración. Se incluye concretamente en este título el tratamiento educativo de las alumnas y alumnos que requieren determinados apoyos y atenciones específicas derivadas de circunstancias sociales, de discapacidad física, psíquica o sensorial o que manifiesten trastornos graves de conducta. El sistema educativo español ha realizado grandes avances en este ámbito en las últimas décadas, que resulta necesario continuar impulsando. También precisan un tratamiento específico los alumnos con altas capacidades intelectuales y los que se han integrado tarde en el sistema educativo español.

La adecuada respuesta educativa a todos los alumnos se concibe a partir del principio de inclusión, entendiendo que únicamente de ese modo se garantiza el desarrollo de todos, se favorece la equidad y se contribuye a una mayor cohesión social. La atención a la diversidad es una necesidad que abarca a todas las etapas educativas y a todos los alumnos/alumnas. Es decir, se trata de contemplar la diversidad de las

alumnas y alumnos como principio y no como una medida que corresponde a las necesidades de unos pocos.

La Ley Orgánica de Educación del 2006, trata asimismo de la compensación de las desigualdades a través de programas específicos desarrollados en centros docentes escolares o en zonas geográficas donde resulte necesaria una intervención educativa compensatoria, y a través de las becas y ayudas al estudio, que tienen como objetivo garantizar el derecho a la educación a los estudiantes con condiciones socioeconómicas desfavorables. La programación de la escolarización en centros públicos y privados concertados debe, en base a la norma, garantizar una adecuada y equilibrada distribución entre los centros escolares de los alumnos con necesidad de apoyo educativo.

Así mismo, con relación a la formación de los docentes, ésta queda recogido en el capítulo III de la ley 2/2006, de 3 de mayo, tanto en lo relativo a la formación inicial, concretamente en el artículo 100, como en cuanto a la formación permanente en el artículo 102 y 103 de dicha norma.

Podemos por tanto destacar que lo anteriormente expuesto es lo válido hasta el año 2008, momento final de análisis realizado del marco educativo normativo, y considerando, en las diversas normas, las referencias existentes a la equidad en el ámbito educativo, en la búsqueda de un proceso de educación inclusiva y bajo la perspectiva de educación permanente, de educación a lo largo de toda la vida que se refleja en esta última norma referida.

### **2.3.7.2. Comunidades Terapéuticas. Un ejemplo de educación fuera del sistema educativo**

Al centrarnos en las comunidades terapéuticas podremos plantearnos diferentes enfoques y propuestas, desde los basados en comunidades terapéuticas orientadas a lo psicoterapéutico y a lo educativo o bien con un enfoque más antropológico, tanto en el contexto social como en el análisis cultural.

Así existen diversas líneas de estudio en relación con los orígenes de las comunidades terapéuticas. Se reconoce universalmente la importancia que el llamado modelo “Daytop” ha tenido en la actual metodología y distribución de las comunidades. Es un modelo profesionalizado y multidisciplinar de atención, basado en la microestructura y el crecimiento personal. Implica una vivencia en sociedad y valores, así como el análisis emocional y la implantación de hábitos de vida cotidiana, que serán útiles al salir del recurso asistencial.

A pesar de esta gran influencia del modelo “Daytop” no podemos olvidar, siguiendo a Molina (2011), los estudios de Fernando Pérez del Río en los que se documentan experiencias en la primera mitad del siglo XX de vida comunitaria combinadas. La propuesta realizada por este autor a la hora de abordar las comunidades terapéuticas, desde un análisis de la estructura social se basa en el concepto de microsociedad, pues las comunidades terapéuticas admiten comparaciones con todos los sistemas sociales (Kibbutz israelíes, las comunas socialistas no marxistas de la Francia de entreguerras (magníficamente explicadas por Mauss, Althusser, Durkheim y el resto de sociólogos estructuralistas) o las propias tribus africanas, respetando las particularidades de medios y fines pero asemejándose en su composición.

Siguiendo con el modelo, nos referiríamos al marco teórico y en él diremos que debe de englobar diferentes estrategias de intervención: el

modelo bio-psico-social, el paradigma bio-sanitario, farmacoterapia, psicoterapia, combinaciones de estas dos últimas, el tratamiento holístico. Podemos por tanto hablar de un modelo de Integral Atención, en el que todas las facetas vivenciales deben tener su lugar y consideración. Por ello siguiendo lo manifestado por Molina (2011), analizando el paradigma (utilizando la terminología de Kuhn), se trataría de: un modelo multifactorial bio-psico-social-cultural-existencial.

Se considera en este planteamiento preciso relacionar aspectos biológicos con aspectos culturales para tener una visión y explicación completa y compleja de las conductas adictivas.

En la metodología, al hablar de Comunidades Terapéuticas como método indica Molina que la estrategia elegida para favorecer el proceso de rehabilitación es la propia inclusión y vivencia en una estructura social de convivencia con una serie de normas, límites y responsabilidades, sumados a la vivencia en valores y transferencia cultural que supone el proceso de rehumanización de mayor o menor duración. Como podemos apreciar en palabras del autor, se han empleado dos términos, aunque, desde nuestro punto de vista, creemos desafortunado el término rehabilitación y el de rehumanización, prefiriendo términos normalización, mejora y socialización inclusiva. Si bien hay autores, como Cañas, que emplea dicho término de Rehumanización en su obra *Antropología de las Adicciones; Psicoterapia y rehumanización* (2004).

Antropológicamente las comunidades terapéuticas nos muestran una estructura social de lazos, vínculos y afectos, con virtudes y defectos de otros sistemas sociales. El análisis cultural de las comunidades terapéuticas precisa unos fenómenos explicativos: la aculturización, la asimilación y el multiculturalismo.

Siguiendo a González Echevarría (1990:15-16) define la aculturización:

*En el intercambio de rasgos culturales como resultado del contacto entre los grupos. La asimilación es otro proceso de cambio que experimenta un grupo minoritario cuando se adopta a los patrones de la cultura mayoritaria (no necesariamente mayoritaria desde una perspectiva numérica sino desde una situación de poder). El multiculturalismo, que en antropología se refiere a la existencia de diversas culturas dentro de un contexto, es lo opuesto a la asimilación. La interacción no debe buscar la similitud sino el respeto a la diferencia.*

Dentro de la comunidad terapéutica, todos estos fenómenos explicativos deben de ir dirigidos a la integración del individuo en la que se denomina “cultura de la comunidad terapéutica”. De ella posteriormente hablaremos guiados por la opinión de otros autores como Olivar y Comas (2011). Así podemos continuar exponiendo que:

*Dicha integración del individuo dentro de la Cultura de la comunidad terapéutica, debe procurar tanto el intercambio como la adopción de patrones propios del sistema social, respetando la diversidad de culturas dentro del grupo social “Comunidad Terapéutica” (Molina, 2011: 3).*

En las CT, en la cultura de las comunidades terapéuticas tienen cabida factores sociológicos, factores morales y factores emocionales. Pudiendo concluir esta aproximación con la idea manifestada por Molina de que la propia comunidad terapéutica puede ser un reflejo social del modelo cultural en que se integra, sin perder identidad ni sentido. Ofrece psicoterapia, pero además debe de ofrecer pertenencia, afecto, convivencia, valores, etc.

### **2.3.8. La labor educativa en el marco de la Comunidad Terapéutica y otros recursos/dispositivos asistenciales**

El modelo de intervención en las comunidades terapéuticas es un modelo muy estudiado y conocido dentro del ámbito de las drogodependencias, que ha ido evolucionando a lo largo de la historia desarrollándose desde un enfoque sanitario, hacia un modelo psicológico, evolucionando al final hacia el modelo terapéutico de hoy.

En dicho modelo actual se considera que el abordaje íntegro de la persona no debía limitarse a la intervención psicológica sobre la conducta de abuso, ni al control sanitario de los tratamientos pautados, sino que se ve la necesidad de cubrir muchos más aspectos de la personalidad de un adulto, integrando en el tratamiento las carencias relacionales y los aspectos formativos que les servirán de instrumentos para la futura inserción laboral, entre muchos otros. Procurando con ello facilitar ampliar el abanico de empleabilidad de los usuarios de estos sistemas e introducirlos de una forma paulatina en el mundo laboral y en la sociedad en sí.

Es en este tipo de intervención y en este modelo de comunidad terapéutica en el que la labor educativa cobra su mayor importancia no sólo en la cantidad de tiempo que un paciente comparte con un educador, sino que también se empiezan a llenar de contenidos y calidad las relaciones establecidas entre educador y educando. Enlazando este tipo de acción con el enfoque educativo de la escuela como ente integrador de los procesos de desarrollo personales (Monclús y Sabán, 1997).

De entre los diversos profesionales que intervienen en esta tarea en la comunidad terapéutica, el educador “representa una figura fundamental” (Comas, 1988: 168).

Los profesionales por tanto más directamente asociados al trabajo educativo serán en el seno de las comunidades terapéuticas los propios educadores, y quizás debemos ya hablar de los educadores sociales de forma más concreta.

Vamos a reflejar en este momento la definición de educación social dada por Olivar dentro de la obra coordinada por Comas denominada *La metodología de la comunidad terapéutica* (2001:194), donde queda definida como:

*Derecho a la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencias profesionales del educador social, posibilitando la incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social, a la vez que debe posibilitar la promoción cultural y social, entendida como la apertura a nuevas posibilidades de adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.*

Sin lugar a dudas, en la figura actual de los educadores sociales se recogen las “acciones profesionales” realizadas durante años, fundamentalmente con anterioridad a 1991, año en el cual se regula dicha actividad profesional. Intervenciones en la comunidad “de claro compromiso social y ciudadano”, que adquieren estructura y contenido como profesión y como titulación universitaria. A partir de esa fecha, queda agrupada la labor especializada con colectivos en situación de riesgo o exclusión social, incluyendo como es lógico, la acción socioeducativa con drogodependientes o con personas con conductas adictivas, al tratarse de sujetos que presentan problemas de inadaptación social en una permanente búsqueda de su socialización.

Hemos de aclarar que la división de funciones en el seno de las comunidades terapéuticas no es tan precisa como podría ser en otros dispositivos, motivado ello por el concepto transdisciplinar de las diferentes acciones realizadas.

La labor que el educador realiza en comunidad terapéutica tiene multitud de facetas, una de ellas hace referencia a la relación educativa propiamente dicha. Esto es, la interacción directa entre el educador y residente, usuario del recurso asistencial. Se trata fundamentalmente de toda una serie de procesos comunicativos. La enseñanza es, por un lado, un proceso de comunicación pero también, el transmitir facultades comunicativas será una de las funciones principales de la actuación del educador en el centro.

Siguiendo a Olivar (2011:195), al referirnos a los objetivos del trabajo educativo en comunidad terapéutica diremos:

*En la medida que la educación social tiene como objetivo el forjar ciudadanos maduros, responsables y autónomos, la referencia de partida para el trabajo socioeducativo en un dispositivo residencial es la divisa de la Revolución Francesa que supuso el paso de súbditos a ciudadanos: libertad, igualdad y fraternidad. Esta divisa, base de la ciudadanía democrática moderna, se transforma en la labor educativa en una CT en tres ejes básicos: la autonomía (frente a la dependencia asociada a las sustancias o a otros factores); la cooperación (frente a las tendencias aislacionistas o competitivas asociadas al estilo de vida del adicto) y el sentido de pertenencia (frente a la exclusión obligada o voluntaria de la persona drogodependiente respecto a la sociedad o a los circuitos normalizados de interacción y ocupación).*



Y continuaremos indicando que los ejes del trabajo educativo en el seno de la CT se configura de manera que se establece una relación bidireccional dentro de un circuito continuado entre Valores, Actitudes, Conductas y Hábitos.

Así en opinión del autor, los valores siendo “los entes mas abstractos, incluyen una serie de actitudes que, a su vez influyen sobre las conductas; estas últimas al generalizarse al comportamiento habitual de manera espontánea, pasan a ser hábitos” (Olivar, 2011: 195).

Anteriormente nos referimos a la autonomía como ámbito de la actuación educativa, asociándose a ella elementos como la responsabilidad, la iniciativa el autocuidado, el dotarse de criterios, entre otros aspectos. Todos ellos se abordarán desde una perspectiva más dentro de la esfera del trabajo educativo individual. A la cooperatividad como ámbito se le asocian conceptos como colaboración, tolerancia, empatía o respeto. Serán propias de un trabajo dentro del ámbito grupal.

Finalmente al hablar del sentido de pertenencia, se derivan como indica el autor, aspectos como la identificación, la participación, el comportamiento normativo o la inclusión (el ser incluido y el incluir a otros), con un valor comunitario. Y todo ello orientado a la socialización.

Al hacer referencia a las consecuencias sociales de las conductas adictivas en general, podríamos extendernos ampliamente, desde facetas o aspectos puramente toxicológicos a aspectos plenamente sociales. Son estos últimos los que centran nuestra atención y dentro de ellos destacaremos consecuencias en relaciones interpersonales, en las relaciones de trabajo, en las relaciones de tiempo libre, en las vinculadas a la formación y en las relaciones con la propia sociedad.

En todas ellas, nuestra propuesta educativa basada en una mayor profundización en valores (educación en valores) y ciudadanía (educación para la ciudadanía/educación cívica), sin lugar a dudas va a incidir .Y ello, siempre dentro de la perspectiva del cambio. Por tanto, podríamos de

nuevo encuadrarlo dentro del modelo utópico de Freire, manteniéndose vigente la búsqueda de la liberación de la realidad opresora.

Es real la necesidad de cambio potencial y motivador. Cambio en positivo, dirigido hacia situaciones humanamente más favorables. Modificación generada desde la acción, desde la esperanza en el modelo de Freire. Un cambio para si mismo, para sus propias necesidades, que sirva par identificar dichas necesidades, fuera de una concepción burocratizada, mecánica y esclerotizada de la educación, de la acción educativa.

Una variación patente en las relaciones que mantienen con la sociedad, en sus relaciones sociales, buscando la resolución de los problemas de competencias sociales y de circulación social, de flujo social pendientes de resolver y finalmente destacar el Aprender para poder Cambiar. Y ello porque cambiar supone llevar a cabo aprendizajes para los que se necesitan un importante esfuerzo del sujeto, social.

Estas consideraciones pueden ser relacionadas con los cuatro pilares tradicionales establecidos en el informe Delors, y todo ello para aprender a transformar la sociedad. Hemos de buscar dentro de la acción educativa en las comunidades terapéuticas nuevas orientaciones pedagógicas, tanto en la definición de programas educativos como en las políticas pedagógicas inspiradoras que nos ayudan a la consecución de los objetivos planteados.

Por ello no cabe duda alguna que la educación como disciplina práctica encaja de una forma muy precisa con las necesidades del drogodependiente que accede a tratamiento.

Dentro de las características de los dispositivos residenciales asistenciales debemos de reseñar algunas de ellas, que en el caso particular de las comunidades terapéuticas se asocian, según Olivar, a lo educativo.

Así, podemos destacar en primer lugar la consideración de la comunidad terapéutica como microsociedad. De igual forma resaltamos que se trata de un ámbito, donde se reproduce una sociedad a pequeña escala y a la vez se caracteriza por ser un entorno de aprendizaje de habilidades y entrenamiento práctico de lo aprendido, junto al hecho de ser un auténtico ámbito de acción-reflexión.

La comunidad terapéutica considerada como área de acción-reflexión se caracteriza por ser campo de reflexión sobre el mismo sujeto y sobre su entorno visto desde fuera, y por ser espacio de acción desde él mismo y sobre él mismo, no siendo posible la pasividad en estos entornos residenciales, al ser espacio de socialización experimental. De esta forma, siguiendo los postulados manifestados por Aguilar en 1995, en su obra *El educador social y las drogodependencias*, se puede concluir considerando que los problemas de competencia y de circulación social se intentan solucionar en un ambiente concreto que reproduce un mundo real.

Por último, hemos de referirnos a la comunidad terapéutica como espacio cultural, de tal forma que, como cualquier espacio educativo, “deben contar con una cultura, lo que ha dado en llamarse la cultura de las comunidades terapéuticas” (Olivar, 2011: 201).

Para finalizar esta aproximación a la labor socio-educativa, queremos dejar constancia de qué entendemos por cultura. Definiéndose, en opinión de Olivar, como: “el conjunto de símbolos (valores, normas, hábitos, capacidades) y objetos que son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra por los miembros de una sociedad” (Ibíd).

Volviendo a conectar esta acción educativa llevada a cabo en la comunidad terapéutica con la educación permanente, con la ciudadanía activa y la empleabilidad, para lo cual haremos nuestros los planteamientos basados en el análisis de Sabán en su obra.

Así, tal y como refleja Sában (2009: 10):

*El lenguaje de hoy caracteriza a la educación a lo largo de toda la vida y en el marco de la sociedad del conocimiento (Unión Europea, 2006). En el Memorándum de la Unión Europea sobre aprendizaje permanente (2000) señalaba que una educación a lo largo de toda la vida es la base fundamental para la ciudadanía activa y la empleabilidad en la Europa del siglo XXI. Las transformaciones económicas y sociales están modificando y haciendo más exigentes el perfil de aptitudes básicas que todos.*

Los formadores que trabajan en el propio campo de las adicciones y los propios adictos, deben poseer una cualificación mínima que les permita participar activamente en la vida familiar, laboral y comunitaria a todos los niveles desde el local al europeo, y en sus diferentes aspectos.

En este sentido queremos destacar que:

*Entre los hitos educativos que caracterizan la educación, la historia de la educación, el de la “educación permanente” ocupa un lugar relevante. Desde sus distintas perspectivas abarca una gran variedad de objetivos, persigue un alto grado de bienestar y está vinculado a múltiples causas. Sus fuentes de legitimación alcanzan desde las simples revisiones en política educativa y social como a concepciones de carácter profundamente innovador e incluso revolucionarios. Abarca una amplia gama de objetivos sociales desde los radical-igualitarios hasta los conservadores del orden existente. (Ibíd.)*

El interés que subyace en los estudios, ensayos, propuestas y programas sobre las relaciones entre trabajo, educación e inserción social supone que la educación se constituya como una variable o un factor benévolo, capaz de determinar o por lo menos de propiciar, en la escala

de lo personal: el acceso al trabajo, el mejor desempeño del mismo entre otros factores.

Detrás de las manifestaciones relacionadas con las drogas, existen otros aspectos personales y sociales que habrá que considerar a la hora de hacer realidad la denominada "inserción social". Desde este planteamiento, se comprende que la tarea de la "reinserción", "inserción", "incorporación", "inclusión social" no puede quedar únicamente en manos de los profesionales o voluntarios dedicados a tareas y programas concretos de reinserción, sino que existe una responsabilidad que incumbe a toda la sociedad a través de sus instituciones y servicios.

Al entender la educación como una tarea de toda la vida, no se puede obviar la importancia de la educación en cuanto a los procesos de incorporación social. No es suficiente con dotar al educando de las competencias necesarias para que encuentre un puesto de trabajo en la sociedad o vivir en una comunidad sin crear problemas de seguridad. Es precisamente la connotación de la educación como proceso lo que venimos a destacar.

### **2.3.9. La pedagogía invisible dentro de las Comunidades Terapéuticas. El educador como comunicador del proceso de cambio**

Queremos en este momento del desarrollo de nuestra investigación hacer referencia a lo manifestado por Monclús, al referirse al curriculum oculto, recogiendo el pensamiento de Stenhouse (1985: 73) al respecto del mismo, tanto al referirse a Philip Jackson como a Bernstein, y donde manifiesta que :

*Parece centrarse únicamente en la escuela como institución, en los niños en la escuela, o en la relación que Berstein*

*reveló en su clásico trabajo sobre el sistema de valores en la escuela y la estructuración del conocimiento (Monclús, 2004: 100).*

No parece por tanto en ningún momento que cualquier investigación en torno al curriculum oculto pueda encontrarse fuera del marco educativo institucionalizado y entrar por el contrario en un enfoque más global del proceso educativo. Por el contrario y siguiendo lo manifestado a lo largo de sus obras por autores como Gelpi podemos resaltar que:

*La educación aparece como inherente a las sociedades humanas, contribuyendo al destino de las sociedades en todas las fases de su evolución. La propia educación no ha dejado de desarrollarse en valores humanos, siendo inseparable de las acciones individuales y colectivas de la historia de los hombres (o.c.: 101).*

La primera finalidad de la intervención del educador es contribuir a que el usuario se adapte activamente al entorno donde se encuentra ubicado. Para ello y siguiendo lo manifestado por Aguelo (2004: 131): “El educador establece una relación de ayuda, pero siguiendo lo manifestado por Bernstein (1989) es una relación para el cambio”.

Para continuar manifestando que:

*Esta relación educativa esta muy relacionada con la denominada pedagogía invisible en cuanto que hay una jerarquización implícita, en la que el receptor tiene una relativa autonomía de actividades y comunicación y se encuentra muy influenciado por sus compañeros (Aguelo, 2004: 132).*

Así, las normas que regulan las secuencias de la intervención son implícitas. El educando adicto no conoce los principios que guían su

progresión, los cuales son únicamente conocidos por el equipo terapéutico. En opinión de Aguelo (Ibíd.): "el que en la intervención del educador no esté tan definido el que hacer, cuando hacerlo y para que hacerlo caracteriza esta pedagogía invisible."

Destacamos en este momento y tomamos como referencia el trabajo investigador de Pantoja (2008) para referirnos a la trayectoria genérica de nuestro país en formación de los profesionales de las adicciones, sus orígenes y etapas, los principios orientadores de la formación, los objetivos a perseguir, profesionales necesarios, metodología más adecuada en dicho proceso formativo y características a tener en cuenta tanto en el marco temporal actual como en el futuro en cuanto a la formación.

Está claro y queremos dejar patente que esta visión corresponde a la que posee el autor citado y lógicamente desde la perspectiva y el enfoque del Instituto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto, del cual ha sido el autor director en otra época.

Lo reflejado en estas líneas es coincidente a lo que manifestaremos al final de nuestra revisión formativa institucional, correspondiente al capítulo 3. En dicha revisión veremos la existencia de un concreto plan de formación en la Comunidad Autónoma Andaluza, que en numerosas ocasiones no presenta una correspondencia entre lo planteado con lo realmente realizado.

Reflejamos por tanto, siguiendo los propios planteamientos de Pantoja, cual debe ser la formación de los profesionales en un momento concreto de nuestra historia reciente. Tomar como referencia dichas directrices formativas viene justificado por ser coincidentes sus aportaciones con las que presuponíamos obtener a la finalización de la investigación planteada, y que desde un plano meramente teórico se realiza en el desarrollo del capítulo 3. Por tanto siendo coincidentes con la

revisión efectuada sobre los ejes directores en materia de adicciones en nuestro país.

Y, haciendo nuestras sus palabras, creemos acertado plantear a modo de reflexiones que sirvan como una especie de resumen de situaciones que se formularon y siendo a su vez, justificación del presente estudio preeliminar sobre la formación de profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito de las adicciones.

En un primer momento,

*La formación de profesionales para el tratamiento de las drogodependencias nació espontáneamente y ha ido dando bandazos desde los años ochenta hasta nuestros días.*  
(Pantoja, 2008: 34)

A lo que podemos añadir que, todo ello tiene lugar a pesar de los objetivos formativos planteados y las estrategias marcadas en el seno del propio Plan Nacional sobre Drogas. Lo cual nos da a entender, con esta simple manifestación, que encontraremos diferencias importantes y significativas entre lo propuesto y lo realizado.

De igual forma continua Pantoja manteniendo que: “sin embargo, todo el mundo la considera clave e importante” (Ibíd.)

Parece por sí mismo un hecho generalizado la importancia otorgada a la formación de los profesionales. No parece probable de antemano que nos encontremos en el desarrollo de nuestra investigación con criterios que difieran de lo manifestado por el autor en estas líneas.

Para continuar manifestando que: “a pesar de ello, el Estado no ha apostado seriamente por ella y la ha dejado en manos de la iniciativa social. Sin embargo, hay que exceptuar la actuación de Administraciones de algunas Autonomías o Ayuntamientos” (Ibíd.)



Con esta afirmación, el autor genera ciertas dudas sobre el compromiso real del Estado en relación a la formación de los profesionales. Si bien procede a “denunciar” con claridad la “falta de seriedad formativa “a nivel central y dota de una mayor benevolencia a los esfuerzos formativos “excepcionales “realizados por la administraciones más próximas a la realidad ciudadana. De igual forma reafirma otro planteamiento, el relativo a la importancia que tiene la iniciativa social en el mantenimiento de la adecuada formación de los profesionales y que posteriormente analizaremos en nuestra investigación a través del estudio de campo realizado.

Así, continua Pantoja (Ibíd.) manifestando que: “Los modelos de formación, si es que han existido, han dado también bandazos yendo desde una formación generalista hasta una especializada en algún ámbito de intervención de las drogodependencias”.

Cabría señalar en este momento lo que ya pusimos de manifiesto al principio de nuestro estudio, refiriéndonos al carácter sesgado con el que nació el propio *Plan Comarcal de Drogodependencias del Campo de Gibraltar*, elemento instrumental más cercano al ciudadano y que estaba orientado primordialmente a una actuación preventiva. Por tanto los procesos formativos en él incluidos, irían también dirigidos hacia esta orientación en cuanto a su ámbito de ejecución y por ende, difícilmente nos encontraremos con acciones formativas orientadas hacia la intervención asistencial, como posteriormente veremos.

Añade Pantoja (2008:34):

*Dependiendo de lugares, podemos asegurar que en España y en el momento actual, el mercado cuenta ya con profesionales suficientemente preparados.*

Y es aquí donde podemos también “entrar en conflicto” con lo manifestado por el autor. Si bien se asegura que se disponen de profesionales adecuadamente formados habría que ver si realmente

coincide la realidad y la afirmación plasmada al abordar la realidad y la actualidad socio-educativa emergente, no sólo en los campos psico-sanitarios.

Así, continua manifestando que:

*Esta preparación se da en carreras como medicina, psicología, educación social, de manera que los posgrados como Masters y Expertos han quedado desfasados o sirven para muy pocos y no son rentables (Ibíd.)*

Si bien en este caso podemos compartir el criterio del autor, no es menos cierto que mayoritariamente, desde el punto de vista numérico, los profesionales que trabajan en dichas comunidades terapéuticas quedan encuadrados bajo el epígrafe o categoría profesional de monitores /educadores, y en la mayoría de los casos no se corresponden con profesionales de la educación social. Pedagogos y educadores sociales parecen estar “ausentes” del ejercicio profesional en estos recursos asistenciales.

Planteando de igual forma el autor que:

*Los principios formativos actualmente deberían tender a capacitar profesionales generalistas en y durante su propia carrera y después complementar esa formación con una formación continua según las necesidades laborales (Ibíd.)*

*Pantoja no hace más que resaltar los procesos de formación continua de los profesionales en adicciones. Pero si bien la formación continua es un elemento esencial de la educación permanente, no podemos confundir ambas realidades. Por ello, las realidades personales y los imperativos económicos que rodean a todas las personas, junto con el deseo de promoción personal y social dan sentido al concepto de formación continua, caracterizada por su carácter funcional. Si bien*

*debemos de incidir en las diferencias existentes entre ella y la educación permanente y que tal y como refiere Sabán (2009: 45):*

*La educación permanente se caracteriza por la voluntad de asegurar el desarrollo del hombre en todos sus aspectos, como individuo y como miembro de la sociedad, para la producción y la participación política para la cultura y el ocio.*

*Y continúa Pantoja (2008: 34) estableciendo que:*

*El tipo de profesionales que se necesita es el de aquellos que desde su propia profesión están alertas a la evolución del perfil del consumidor de drogas, a la aparición de nuevas sustancias y al cambio de percepción social del problema. Hablamos de profesionales dinámicos y dispuestos al cambio desde su propia profesión.*

Valoremos en nuestra investigación esta predisposición al cambio e incluso intentaremos reflejar el nivel de satisfacción de dichos profesionales con la acción realizada.

Para finalizar, manifestando el autor que: “Los contenidos curriculares sobre los que debería incidir la formación los deben marcar la evolución de las sustancias y del perfil del consumidor (Ibíd.)

Pero como podemos ver se sigue dando gran importancia a las sustancias y su evolución y a la intervención conductual, al abordar el perfil adictivo del educando. Por tanto, desde este mismo momento destacaremos nuestra disconformidad con esta manifestación realizada por el autor, ya que al hablar de contenidos curriculares y como ya manifestaron autores como Rosales (2009), al referirse a contenidos curriculares no sólo se refiere a un conjunto de conocimientos que se han ido acumulando a lo largo del tiempo y se han organizado en distintas áreas del saber, sino que:

*Un concepto más amplio considera que contenidos didácticos son no solamente conocimientos, sino también y fundamentalmente, los procedimientos y las actitudes que dan lugar a la elaboración del conocimiento (Sabán, 2009: 143).*

De igual forma queremos destacar al abordar los contenidos curriculares también lo manifestado por Bolívar (2010: 192) cuando establece:

*Cualquier docente sabe de la necesidad de que los alumnos aprendan un conjunto de contenidos, pero también que sepan hacer algo con ellos, especialmente aplicarlos para resolver problema. Los conocimientos son recursos esenciales que permiten actuar adecuadamente en una situación compleja.*

Por otro lado Pantoja en su citado trabajo:

*Sin embargo, se debe hacer mucho hincapié en técnicas instrumentales sobre todo para los que se dedican al campo de la prevención en sus categorías de universal y selectiva. (o.c.: 34.).*

No entraremos en valorar esta afirmación realizada ya que no es objetivo de nuestra investigación las acciones preventivas.

Estableciendo el autor, dentro de sus conclusiones, referencias a aspectos como los siguientes:

*La metodología más eficaz no es ya la de la clase magistral sino la que favorece un intercambio de experiencias en equipo y en red. Aunque el currículo debe incluir contenidos teóricos, la formación debe hacer hincapié en la discusión de casos prácticos.*

*La metodología de seminario y de supervisión es la indicada actualmente. Los formadores han de ser profesionales de los distintos ámbitos de intervención que tengan conocimiento teórico y práctico y habilidad para la transmisión o enseñanza. Por ello cobra sentido que la formación se dé en los mismos centros de intervención o en las universidades por profesionales de estos centros. (Ibíd.).*

*Concluyendo que:*

*No obstante la visión se debe alargar mediante congresos especializados o jornadas intensivas que pongan de manifiesto los avances en la materia. La formación estructurada a través de un Master puede tener muy poca demanda sobre todo si se exige la presencialidad. En todo caso debería ser mixto (presencial y virtual) y sería mejor que participaran varias universidades o centros formadores. La modalidad de posgrado (Máster) también podría ser parte de una oferta más amplia de formación de posgrado. (o.c.: 34).*

Y ahora, una vez expuesto todo ello creemos necesario destacar ciertos aspectos que justifican el presente estudio. En primer lugar, son marcadamente claras las deficiencias que a día de hoy incluso existen en la formación de profesionales, incluso se hace patente el mayor interés formativo que se dirige aún hacia campos psicosociales, dejando en un segundo nivel de intervención la faceta educativa dentro de los contenidos curriculares en los procesos formativos. Vemos como estas diferentes orientaciones formativas tan dispares se mantienen desde los años 80 hasta nuestros días.

El hecho de considerar la formación extremadamente importante no ha sido obstáculo para que los esfuerzos formativos estatales se valoren como una apuesta poco “seria” aún, dejando el propio Estado la

respuesta formativa en manos de la iniciativa social, en manos del propio movimiento asociativo. Todo ello está planteado desde una generalidad, puesto que existen iniciativas públicas al respecto en ciertas comunidades autónomas y ciertas administraciones locales que si dan respuesta eficaz. Por ello nuestro interés en analizar la respuesta formativa ofertada en la Comunidad Autónoma Andaluza y valorar la adecuación de la misma al contexto socio-político-educativo del momento.

La iniciativa social constituida por el propio movimiento asociativo, y concretamente en la Comunidad Autónoma de Andalucía, ha dado lugar en fechas muy recientes a la creación de una Escuela de inclusión, que bajo la iniciativa de la Federación de Drogas y Sida más longeva y de mayor representación en este territorio autónomo, intenta dar respuesta formativa al conjunto de profesionales ejercientes en el ámbito de las adicciones. Y como reflejaba Pantoja al referirse a la formación de posgrado y dentro de una visión más amplia, se aborda una formación en aspectos de Inclusión social y no sólo de adicción propiamente dicha.

Veremos por tanto este modelo en el capítulo séptimo de nuestra investigación, como ejemplo de actuación, aunque de corta vida en la actualidad, pero sin lugar a dudas, con capacidad de unificar la tradicional necesidad de unir la formación de corte universitario, la vida y experiencia real y la “esperanza y la utopía” a la que anteriormente hacíamos referencia, y que deben ser eje del proceso educativo siguiendo la línea marcada por Freire y su influencia decisiva en la educación contemporánea.

### **2.3.9.1. La figura del educador. La educación transformadora**

Por todo ello diremos que la primera finalidad de la intervención del educador es contribuir a que el usuario se adapte activamente al entorno en que se encuentra ubicado. Para ello el educador establece una relación de ayuda, pero como señalaba Bernstein, es una relación para el cambio.

Esta relación educativa estaría muy conectada con lo que se ha denominado pedagogía invisible en cuanto que hay una jerarquización implícita, en la que el receptor tiene una relativa autonomía de actividades y de comunicación y está muy influenciado por los compañeros.

Las normas que regulan las secuencias de la intervención son implícitas y el educando es partícipe de su progreso y sus objetivos pero no es el inductor de la acción educativa sino que además es a veces desconocedor de los principios que guían su progresión, datos que únicamente conoce el equipo técnico.

El educador extrae de diferentes teorías psicológicas claves para interpretar las conductas de los residentes utilizando signos de diversos tipos: lingüísticos, intelectuales, afectivos, sociales. Los criterios evaluativos son también implícitos, variables y difusos.

Cuando hablamos de pedagogía invisible nos queremos referir a aquellas intervenciones del educador en Comunidad Terapéutica donde no esté tan definido qué hacer, cuándo hacerlo y para qué hacerlo, caracterizándose así esta pedagogía invisible.

Lo cotidiano se utiliza como una herramienta educativa y sus diferentes momentos son instrumentos intermediarios para la relación, la aproximación, el intercambio y la elaboración de conflictos que surgen diariamente. A lo largo de la jornada, el educador va a intervenir en

multitud de ocasiones. En la relación cara a cara se descubre al otro como sujeto.

Así destacamos lo manifestado por Melich (1994), quien establece que la acción educativa sólo podrá ejercer genuinamente su poder si somos capaces de admitir la realidad de lo otro y del otro. De igual manera autores como Buber inciden en la relación educador-educando como una peculiar relación dialógica y donde establece que:

*La verdadera actitud del educador es y debe ser la intención y al referirse a ésta habla de voluntad educativa, la intención apunta hacia un fin que se pretende alcanzar. (Buber, 1991:173).*

En la relación de ayuda que el educador establece interesará la acción, la decisión o el contenido a elaborar, pero también importan las relaciones, sus regulaciones o el diagnóstico y fundamentalmente la vivencia del usuario.

La palabra y la escucha serán la herramienta del educador, el lenguaje juega un papel decisivo, como elemento mediador en el proceso de interiorización. Es el instrumento regulador por excelencia de la acción del pensamiento. Influyen en la acción y el pensamiento de aquellos con quienes interactuamos y en nosotros mismos. El arte del educador consistirá en saber captar el buen momento en el discurrir de intercambios aparentemente inconexos para confirmar que el mensaje emitido ha sido recibido o en pronunciar la frase, la palabra cuyo contenido es liberador o evocador de una nueva idea.

Todo ello se desarrolla rápidamente, sin la protección del despacho, sin la distancia de la cita, sin el silencio favorecido por la relación individual, en el transcurso de una conversación en grupo o en el ajetreo de una actividad en la que llegan demandas por todas partes. Naturalmente, también existen momentos en los que puede darse una



verdadera conversación y otros momentos de crisis, donde la petición de ayuda resulta explícita.

Hablar con el otro supone autenticidad en el discurso empleado; hay que acercarse a la cultura y generación del otro pero asumiendo nuestra cultura y nuestra generación. Para hablar con un adicto no es necesario apropiarse de su lenguaje y caricaturizarlo, toda transposición a este nivel es una caricatura de comunicación.

Por ello, hablar al otro supone, interrogarse sobre lo que puede comprender y experimentar. En muchas ocasiones, y por razones a menudo complejas, los mensajes no son entendidos y a veces llegan deformados, proponiendo a veces mundos que son extraños y suscitan la aparición de contrasentidos o de no-sentidos tomados como actos de desinterés o de oposición. Hablar con el otro supone interesarse no sólo en sus capacidades de comunicación sino también en su deseo de comunicar.

En ocasiones la palabra del educador va a ser el punto de referencia que establece lazos entre un acontecimiento anterior y una situación actual y de aquí la importancia del papel a desarrollar.

Cuando se vive en un entorno de reducida expresión verbal no se está deseoso en comunicar experiencias, se está centrado esencialmente en actos concretos del día a día y a menudo hay un empobrecimiento tanto en las representaciones imaginarias como en su vocabulario, su construcción sintáctica, sus facultades de abstracción y la variedad de sus evocaciones.

No se capta sino parte de los acontecimientos cuya decodificación está limitada a la vez por la pobreza del vocabulario, la incomprensión de la sintaxis, la ausencia de motivación para aquello que se aleje de lo concreto. Los intercambios verbales ocupan un lugar importante en el desarrollo de las intervenciones educativas. El educador tiene una situación privilegiada en la que el usuario le habla naturalmente de sus

proyectos, de sus miedos de sus vivencias o de sus intereses: así se establece una red de palabras. La emergencia de situaciones específicas en las actividades realizadas y la observación directa de los comportamientos en el día a día permiten encuentros regulares cuyos objetivos pueden ser especificados.

La relación educativa en una comunidad terapéutica para personas con conductas adictivas es un proceso dinámico. La comunicación resultará de suma importancia para que dentro del marco institucional, los usuarios reconstruyan sus modos de pensar, de sentir, de relacionar y de interrelacionarse.

Parece, pues, que desde modelos educativos se puede incidir en la vida social y en el nivel de ajuste personal de individuos que han tenido problemas por su consumo de drogas promoviendo marcos de relación donde el cliente pueda ser considerado sujeto de responsabilidad y de respeto en un proceso colectivo de transformación personal y social. Actuamos desde la idea de que la finalidad de la acción educativa es la auto-capacitación del sujeto para la vida social.

Así podemos plantearnos que es lo realmente educativo en el seno de una comunidad terapéutica y en relación con este aspecto podemos responder en base a las características que estando presente en las comunidades terapéuticas se encuentran asociadas a lo educativo.

Por tanto, manifestaremos que las comunidades terapéuticas son micro-sociedades, en tanto que se tratan de espacios físicos en cuyo seno se reproducen la sociedad en pequeña escala, son espacios de aprendizaje y entrenamiento, con consecuencias medidas y limitadas de lo que se aprende, es un espacio de reflexión y acción y de socialización experimental y finalmente como ya expusimos se tratan de un espacio cultural, entendiendo por cultura, el conjunto de símbolos (valores, normas) y objetos que son aprendidos, compartidos y transmitidos en el seno de una sociedad, en nuestro caso de esta microsociedad.

Fischer establece las funciones básicas de la cultura en un dispositivo residencial:

*Son identificar a sus miembros a través de unas maneras de pensar y de vivir comunes, que le confieren una identidad colectiva, proponer a un grupo social modelos de actuación e influir en la conformación de la personalidad individual y en la determinación de una manera de vivir en la sociedad.*  
(Fischer cit. en Olivar, 2011: 201)

Pues para él,

*Partimos de una perspectiva sistémica, donde cada sistema (individuo, grupo y comunidad) influye y a la vez es influido por el superior y el inferior, en movimientos de retroalimentación continuos. Todo ello dentro de un encuadre normativo concreto.* (Fischer cit. en Olivar, o.c.: 202).

Los valores, verdaderos ejes de las comunidades terapéuticas, se apoyan en una serie de normas, las cuales no son más que reglas de comportamiento en base y en relación y conexión con los valores antes mencionados. Siempre, detrás de cada obligación, de cada “limitación” en el seno de estos centros asistenciales residenciales existe uno o varios objetivos perseguidos que van a ir dirigidos a la consecución de la meta perseguida de acuerdo con la propia filosofía educativa, con los propios fines de la institución residencial.

*En la misma medida que el estilo de vida del dispositivo residencial se corresponda con la vida cotidiana en el exterior de la misma, en recurso, el dispositivo tendrá un mayor poder socializador* (Olivar, o.c.: 205).

Toda norma, por tanto es una herramienta de trabajo en nuestro medio, no es un objetivo por si misma, es una estrategia de socialización más dentro del contexto de las mismas.

La labor educativa, la labor de la pedagogía social realizada en el seno de los recursos residenciales, está dotada por tanto de una mayor carga, de un mayor peso en relación con los aprendizajes de procedimientos, habilidades, actitudes y valores frente a los contenidos. No debemos plantearnos la labor educativa dirigida por ejemplo a procesos de inserción laboral del residente, dotándolo para ello durante su estancia en el recurso de competencias adecuadas en base a la oferta y demanda planteada por los mercados. De forma que, sin dejar de ser importante dicha dotación competencial, no es lo básico, lo fundamental en el proceso terapéutico, sino que a nuestro entender, se ha de promover la socialización del individuo en cuanto a toma de conciencia de derechos y deberes y de cómo estos afectan al interactuar con los restantes miembros en el conjunto de la comunidad.

Destacaremos que en el seno de las comunidades terapéuticas existe y así se ha puesto de manifiesto a la largo de todo este estudio, poca tradición en la formalización de planteamientos didácticos en la educación social.

Para concluir el presente apartado, queremos indicar que es cierto que podemos hablar de tres ámbitos de acción y actuación de la educación en el seno de los dispositivos asistenciales residenciales. Dichos ámbitos de actuación son el ámbito individual, el grupal y el comunitario. Y de igual forma podemos indicar que en los tres ámbitos citados es de máxima importancia la labor del educador.

A nuestro entender, a nivel individual, el educador (social) debería ser el tutor, el gestor de la historia personal del residente, ser los tutores de los diferentes casos, en un proceso de retroalimentación, de interacciones personales enriquecidas por aportaciones grupales que

posteriormente se volverán a proyectar en ellos. Tutorización como proceso dirigido al cambio. Cambio que es promovido por la educación y que configuran por ello a la educación como esperanza.

#### **2.3.9.2. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Un modelo dinámico para un proceso de cambio**

A continuación vamos a referirnos, con cierto detalle, al modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1984), uno de los modelos clásicos para abordar las adicciones y que constituye el marco teórico clásico de interés en drogodependencias. Desde nuestra perspectiva, queremos destacar el papel de las acciones socioeducativas, las cuales se incluyen en dicho modelo en el contexto del equipo multiprofesional y así mismo dentro de un equipo de trabajo interdisciplinar. Destacamos la presencia de acciones educativas tanto en los procesos de contracondicionamiento, reevaluación ambiental, autoliberación, liberación social, manejo de contingencias y apoyo social.

Por todo lo anterior creemos relevante para su comprensión plantear de forma muy brevemente las bases teóricas y los presupuestos básicos del modelo, para así ver como se incluyen las acciones educativas en el mismo.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos esenciales que subyacen al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda de profesional. Es un modelo tridimensional que en palabras de Graña (1994: 5):

*Proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus autores denominan estadios, proceso y niveles de cambio.*

Al hablar de estadios de cambio, estos representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico, siendo los siguientes: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Estos estadios de cambio realmente representan la dimensión temporal, que nos permite captar cuando ocurren determinados cambios.

Los procesos de cambio posibilitan conocer cómo se producen dichos cambios, ya que: “consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo” (Graña, 1994: 9).

Es en este contexto, en estos procesos de cambio, es donde podríamos afirmar que el papel del educador social es de gran importancia. Dichos procesos son:

I.-Aumento de la concienciación (proceso esencialmente cognitivo).

II.- Autorreevaluación (consistente en una evaluación afectiva y cognitiva del residente adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre los valores y su forma de ser).

III.- Reevaluación ambiental (impacto de la conducta adictiva sobre las relaciones interpersonales).

IV.-Relieve dramático (experimentación y expresión de reacciones emocionales).

V.- Autoliberación (compromiso personal, capacidad de elegir y decidir).

VI.- Liberación social (aumento de la capacidad de decidir y escoger, propiciado por una toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla).

VIII.- Manejo de contingencias (como estrategia conductual).

IX.- Relaciones de ayuda.

X.- Contracondicionamiento (modificación de la respuesta por estímulos condicionados a la conducta adictiva y control de estímulos y donde, al igual que el proceso anterior, se puede definir como proceso esencialmente conductual).

En definitiva,

*Los procesos de cambio aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental, son procesos de cambio enfatizados por la mayoría de adictos situados en el estadio de contemplación. Así como en el caso de los procesos de autoliberación, que se ubicaría dentro del estadio de preparación y como enlace con el de acción, y finalmente destacaremos, en el caso de procesos como el manejo de contingencias, contracondicionamientos y relaciones de ayuda o apoyo social, los cuales formarían el vínculo entre los estadios de acción y mantenimiento, al ser enfatizados en ambos y poniendo de manifiesto por tanto que el estadio de mantenimiento es un estadio de cambio activo más que de ausencia del mismo (o.c.: 12).*

Finalmente resaltaremos, muy brevemente, los niveles de cambio. Éstos constituyen la tercera dimensión del modelo de Prochaska y DiClemente, refiriéndose a los cambios que son necesarios para abandonar las conductas adictivas. Son cinco los niveles establecidos, en los cuales se focalizan las evaluaciones y las intervenciones terapéuticas. Consistiendo dichos niveles en: síntoma/situacional; cogniciones

desadaptadas; conflictos interpersonales actuales; conflictos sistémicos /familiares; y conflictos intrapersonales.

Al hablar del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente debemos de volver al inicio de nuestro recorrido por los recursos asistenciales para personas con conductas adictivas, a los orígenes de las comunidades terapéuticas y al retroceder a dicho momento debemos recordar que existían dos modelos, el “modelo Daytop” y el “modelo Jones”. Y es aquí donde diremos que, en base a la metodología establecida por Maxwell Jones y en base a los principios establecidos, se dio lugar a una nueva modalidad de acción terapéutica, de terapia, que se aproximaba a las características fundamentales del llamado modelo transteórico de Prochaska y DiClemente y que trataba de englobar todas las orientaciones terapéuticas hasta el momento planteadas y practicadas en el campo de las adicciones, desde el psicoanálisis hasta los modelos conductuales.

En este sentido, Comas (2011: 21) señala que:

*Jones acabó finalmente asignándolo que denominó teoría de los sistemas (y a la sociología de las organizaciones) el papel de marcos conceptuales que engloban a todos los demás.*

Para finalizar, añadiendo que:

*Para Jones las comunidades terapéuticas son un sistema comunicativo, formando un espacio holístico para la práctica de todas las posibles ideas y orientaciones teóricas y metodológicas. Es un sistema cerrado pero operativamente abierto. La comunidad terapéutica es un lugar cerrado donde fluye la información sin ningún límite, un lugar desorganizado que está en constante organización y que el equipo terapéutico debe poner, de forma continua, en relación con la información externa (Ibíd).*



Comas retoma, a continuación, el planteamiento de Wertsch:

*En la comunidad terapéutica se produce un proceso de maduración cuya descripción por parte de Jones recuerda a las entonces desconocidas aportaciones de Vygotsky sobre la necesidad de las experiencias reales para el aprendizaje de la vida, en el sentido que una experiencia real es una participación, activa y contemplativa, que exige la presencia de otras personas en un acto social efectivamente realizado. (o.c.: 21-22).*

En capítulos anteriores hemos hablado profusamente de Ciudadanía y de educación para la ciudadanía, de participación activa y democrática, de ciudadanos activos, etc. y veremos posteriormente cómo no cabe la pasividad ante la acción de cambio que tal y como indica Comas debemos retener que la metodología del modelo Jones, es aplicada por un grupo de profesionales con una titulación adecuada para realizar sus tareas y formados para actuar en opinión del autor según un criterio “democrático” y donde el concepto democrático significaba que:

*Los roles respectivos de profesionales y usuarios no eran asimétricos, aunque si eran distintos, complementarios y sobre todo, muy explícitos. Pero no podrían producirse ningún tipo de jerarquía entre ellos, porque todos eran miembros iguales de una misma sociedad sometidos al mismo sistema de derechos y deberes (o.c.: 20).*

Finalmente para enlazar con conceptos de ciudadanía y comunidad terapéutica y siguiendo el modelo Jones, debemos de recordar que Maxwell Jones enunció el concepto de comunidad terapéutica democrática, en el mismo momento histórico que Marshall enunció el concepto de ciudadanía, que tuvo lugar en 1950. El concepto ciudadanía quedó definido como el status que garantiza la pertenencia a la sociedad “, quedando conformado como “un derecho humano básico” y

de hecho, como indica Comas: "Jones se limitó a constatar que en una Comunidad Terapéutica, profesionales y usuarios, todos eran ciudadanos" (Ibíd.).

Profundizando en el papel de la educación en el ámbito grupal en las comunidades terapéuticas, y siguiendo la manifestado por Comas (2011: 213) diremos que:

*La metodología general de las actividades diseñadas debe ser participativa, práctica, activa y cooperativa, siendo una referencia teórica de valor la perspectiva constructivista, que permite incluir tanto las características metodológicas con los supuestos iniciales.*

De igual forma, hay que tener en cuenta que autores como Villanueva (2001) nos indicaba la conveniencia de tener en consideración algunas características propuestas para la educación de adultos y que deben dirigir la práctica socio educativa:

*Fomentar el aprendizaje significativo, partiendo de las experiencias previas en el sujeto y facilitar que los nuevos aprendizajes se produzcan de una manera motivadora y gratificante (Villanueva cit. por Olivar, 2011: 213).*

Dentro del trabajo socio-educativo en grupos podemos destacar como contenidos los siguientes: educación para el ocio y tiempo libre, educación para la no violencia, educación pre-laboral, coeducación, educación cultural, educación ambiental, educación intercultural, educación para el consumo, etc.

Podemos plantearnos si existe o no un paralelismo entre dichos contenidos a los que se refieren autores como Petrus (1995), García Garrido, Alejos y Rodríguez (2001), y Tembras (2007) con los contenidos planteados en las diferentes propuestas educativas dentro del marco de la educación para la ciudadanía y educación en valores.

Finalmente al hablar de ámbito comunitario hacemos nuestras las palabras de Comas donde manifiesta que lo educativo es la vida cotidiana, para continuar exponiendo que:

*Cualquier momento puede ser educativo y será educativo si hay comunicación y si esa comunicación es significativa, intencional y con ánimo de producir variaciones o cambios.*  
(Comas, 2011: 215).

### **2.3.10. El acceso a la formación para profesionales en el marco de las adicciones**

La intencionalidad de “nutrir” a la población en tratamiento de nuevas alternativas laborales y suplir de algún modo las carencias educativas que les hacen vivir en desventaja con respecto a su situación de marginalidad, exclusión y de aislamiento social, hacen que sea necesaria la incorporación de elementos formativos reglados que permitan a los individuos acceder de nuevo, en esta etapa de sus vidas, a la comunidad educativa, formando parte de ella de una manera activa y participativa.

La accesibilidad de la educación y la erradicación del analfabetismo dentro de los sectores marginales de la población hacen que cobre mayor interés la parcela educativa dentro de las comunidades terapéuticas, esforzándose por ampliar su campo de actuación y abriendo sus puertas hacia la formación reglada que se oferta para las personas adultas.

Por todo ello la accesibilidad de los usuarios al sistema educativo hace que se genere una serie de necesidades hasta entonces no contempladas por las diferentes instituciones. Y ello motivado a que la

demanda de formación también requiere unos requisitos y peculiaridades por parte de los profesionales de la educación que se enfrentan a este reto, debido a las características de la población con la que interviene y a las necesidades educativas que requieren. Pero no sólo debe limitarse a este objetivo la acción educativa de los profesionales en las comunidades terapéuticas en relación a su proyección en los usuarios y lógicamente no sólo a esta finalidad debe de responder la formación ofertada a los profesionales por las instancias públicas.

Creemos necesario diferenciar dos tipos de intervenciones educativas, según sean llevadas a cabo por agentes – educadores internos o externos al equipo de tratamiento de las adicciones. Y a su vez, distinguir también la labor educativa que se lleva a cabo según sea la formación reglada o la educación no formal o de especialización de los individuos.

Dentro de las comunidades terapéuticas existen los siguientes agentes educadores:

- Educadores (Diplomados<sup>11</sup> en magisterio y/o educadores sociales)
- Monitores.
- Maestros de taller.

Fuera del entorno de la comunidad terapéutica los agentes educadores son:

- Maestros de educación de adultos.
- Formadores de cursos de Formación Profesional Ocupacional.

Son los profesionales de la educación externos al ámbito de las adicciones, los que fundamentalmente, aunque no en exclusividad, se

---

<sup>11</sup> Hemos empleado el término “Diplomados”, puesto que todavía no aparecen los egresados del Grado de Maestro y/o de Educación Social.

ven desbordados al no comprender las peculiaridades de la población con la que se enfrenta. Por lo que se hace necesaria, ya inicialmente en estos casos, la formación y especialización en diversos conocimientos para afrontar la tarea educativa de manera integradora.

En función de la clasificación del profesorado que recoge en su obra Sánchez Delgado (2005: 250):

*El profesorado actual se puede agrupar en cuatro grandes tipos: maestros, profesores técnicos de Formación Profesional, profesores de educación secundaria y profesores de Universidad otros cuerpos pueden ser asimilados a algunos de los anteriores para analizar su formación inicial.*

Se destaca de esta clasificación, la formación pedagógica de cada uno de los cuerpos docentes y la formación actitudinal que aparece en la carrera de Maestros.

De manera similar nos encontramos con una formación actitudinal en aquellos profesionales de la educación que trabajan en el campo no formal de la misma (educadores, monitores, maestros de taller) haciendo de su labor educativa más un proceso de socialización, que el acto formativo en sí.

Por otro lado nos enfrentamos en múltiples ocasiones con profesionales de la educación que, o bien son educadores de adultos y que desarrollan su tarea formativa con adultos en relación a la alfabetización o para alcanzar logros académicos que quedaron pendiente durante la etapa de escolarización, o bien nos encontramos con profesionales de formación profesional, donde aparecen grandes diferencias en cuanto a la formación actitudinal. Y esto viene justificado en el hecho que los maestros destacan por su vocación primaria que les hizo decantarse por la rama de la educación a la hora de elegir formación académica universitaria. En cambio, los profesionales dedicados a la

formación profesional ocupacional, no destacan por su implicación actitudinal hacia la labor docente, sino que son especialistas de un cierto campo laboral y han recibido una formación escueta y básica como formador de formadores, en la que apenas existe formación pedagógica profesional.

Son los profesionales de la educación con un amplio índice de implicación actitudinal, los que “sienten la necesidad de formarse y ampliar sus conocimientos” para desarrollar de manera satisfactoria su labor docente, por lo que la demanda de formación en acciones socio-educativas planteamos que debe ser mayor entre los propios maestros/educadores/monitores, que en la de otros profesionales, asumiendo éstos la necesidad de comprender las peculiaridades de la población y la formación específica en materia de drogodependencias y adicciones, para hacer frente a su diaria labor educativa con mayor fluidez y mejores resultados, dentro de las dificultades que se encuentran en su quehacer diario, hoy acrecentadas, además de ampliar sus conocimientos sobre una realidad social que abarca a un sector todavía numeroso y mucho más “socialmente oculto” de población y de la que se debe hacer cargo también el sistema educativo, que continua sin adoptar medidas curriculares adecuadas, debido al aún patente distanciamiento de la pedagogía, de la didáctica y la organización educativa de la necesidad específica de las personas adictas con los que educativamente se trabaja.

Debemos, a nuestro entender, exponer a continuación los objetivos y actividades que son realizadas en el *Programa oficial de intervención en comunidad terapéutica en Andalucía* (2002), haciendo especial referencia de él a los aspectos que tengan realmente una relevancia educativa.

Hemos tomado dicho programa oficial como punto de partida a la hora de fijar los objetivos buscados en las intervenciones terapéuticas (donde incluimos las educativas o socio-educativas), al ser coincidente la publicación de este programa con la fecha de inicio de la Estrategia

Nacional sobre Drogas (2002-2008) y con la del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Por tanto debería definir claramente dicho programa los objetivos perseguidos, tanto objetivos generales como específicos, los cuales posteriormente veremos si se han alcanzado de forma satisfactoria al comparar los objetivos perseguidos con los resultados obtenidos, que extraeremos de la evaluación de dicha Estrategia Nacional sobre Drogas (2002-2008) y del II Plan Andaluz (2002-2007) y con los resultados extraídos de nuestro trabajo de campo, de la aplicación de nuestra herramienta de investigación desarrollado al final del periodo objeto de estudio.

Dentro de los **objetivos generales** se fijaron los siguientes en dicho programa de intervención (Junta de Andalucía, 2002: 21):

*Facilitar la desintoxicación, deshabituación y tratamientos con sustitutivos de las personas con problemas de adicción, ofreciéndoles los instrumentos necesarios, en un entorno controlado.*

*Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y posteriormente su incorporación social.*

*Prevenir y reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.*

Así dentro de los **objetivos específicos** (o.c.: 22) dentro del **área educativo –ocupacional** de dicho programa destacaremos:

*Normalización de los hábitos de los pacientes en cuanto a limpieza, puntualidad, asunción de responsabilidades,*

*cumplimiento de las normas, relaciones interpersonales  
capacidad reflexiva, etc.*

*Fomento del adecuado aprovechamiento del tiempo libre.*

*Facilitar la formación a nivel ocupacional y pre-laboral.*

Y dentro del **área social** continúa exponiendo como **objetivos específicos**:

*Orientar a nivel socio-laboral para promover procesos de  
inserción mediante la coordinación de otros recursos.*

*Informar y facilitar el acceso a otros recursos comunitarios.*

*Orientar e informar durante todo el periodo de tratamiento  
sobre todas aquellas circunstancias de interés, no solo  
penal, administrativas, sino también económicas y laborales  
del paciente.*

Y es en estas áreas de intervención donde se van a realizar, tal y como expone el programa de intervención referido, entre otras las **actividades** que enumeramos a continuación:

**A.-En el área educativa –ocupacional:**

A1.- Talleres de formación educativa.

A2.-Talleres de orientación laboral.

A3.-Cursos formación profesional ocupacional.

**B.- En el área social, entre otras:**

B1.-Coordinación con recursos de incorporación social.

B2.-Intervenciones familiares: acogidas y entrevistas.



B3.-Coordinación con recursos de incorporación social: derivaciones a centros de día, viviendas de apoyo, etc.

Como se puede apreciar, existen objetivos que podemos definir como excesivamente amplios y difusos, no aparecen contenidos explícitos a abordar en el área educativa y no establece el programa de intervención una metodología para abordar estas intervenciones, estas acciones terapéuticas que no se ven dotadas de estrategias definidas ni de recursos claros en el campo educativo ni en el social.

Uno de los objetos de estudio y análisis de investigación tal y como hemos señalado tiene como finalidad tratar de revisar los procesos de formación en los profesionales que trabajan en el marco de las adicciones y dentro de la red pública andaluza, y por ello es objeto también el poder contribuir a señalar “otras posibles necesidades formativas” que contribuyan a facilitar a los educadores, en el concepto más amplio posible, a la comprensión de los hechos, conceptos y marcos referenciales relevantes de este ámbito de conocimiento. Y ello orientado hacia el propio ejercicio profesional, y a la vez que les pueda ser de utilidad para proceder al cambio de competencias de carácter procedimental y actitudinal.

De hecho debido a los cambios vertiginosos que se producen en el ámbito de las adicciones, los conceptos, los hechos y los marcos referenciales que hoy podríamos compartir mañana serán superados, pero por el contrario los procedimientos y las actitudes que estén solidamente adquiridas serán la mejor garantía para mantener durante mucho tiempo una competencia profesional de calidad.

Así, siguiendo a Echeita (2007: 144) en su libro *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones* son competencias fundamentales de los profesionales educativos las siguientes:

*Tener una actitud reflexiva y crítica, propia de un intelectual comprometido, tanto frente a sus propios pensamientos, emociones y prácticas, como frente a la realidad educativa y social.*

*Tener curiosidad e iniciativa para indagar y resolver sus dudas e incertidumbres.*

*Saber buscar y recopilar información relevante sobre las dificultades o problemas con la que se encuentre.*

*Ser estratégico, esto es, ser capaz de aplicar procedimientos sistemáticos y ordenados para analizar la información y tomar de decisiones.*

*Ser capaz de trabajar cooperativamente y colaborativamente con otros, sean compañeros, otro tipo de personal o las propias familias en el análisis de la realidad educativa y en la planificación y desarrollo y evaluación de las iniciativas de mejora que se acuerden.*

*Saber mantener buenas pautas de comunicación, de diálogo y de escucha.*

*Saber pedir y ofrecer ayuda.*

*Mostrar empatía ante las necesidades y emociones de los otros.*

*Saber compartir y establecer relaciones de reciprocidad y de confianza con los otros educadores y educandos.*

*Asumir riesgos y estar abiertos al cambio.*

*Saber fijarse metas para superarse y querer seguir aprendiendo.*

Entendemos que todas estas competencias de los profesionales educativos que desarrollan sus actividades profesionales en el campo de la educación inclusiva son perfectamente extrapolables a los que ejercen su actividad profesional en el campo de las adicciones. Y ello porque es

categoricamente inclusiva sin lugar a dudas la labor educativa que deben realizar.

Si por el contrario, nos basamos en lo expuesto por Olivar (2011) al hablar de características actitudinales y siguiendo a Valverde (2002), se plantean una serie de características personales que debe tener el educador para su actuación en centros asistenciales. En este sentido, tendremos características que pueden ser extensivas a los educadores (sociales) en el ámbito de las comunidades terapéuticas: madurez, resistencia a la frustración, creatividad, compromiso, flexibilidad, formación, capacidad de empatía y estabilidad (entendida como seguridad).

Queremos aquí hacer hincapié en tres de estas características a las que queremos dotar de una relevancia especial: Creatividad, Compromiso y Formación.

Creatividad entendida como:

*La capacidad del educador para generar estrategias, actuaciones y propuestas “alternativas”, que rompan con lo estandarizado o con un estilo completamente previsible por parte del sujeto, algo necesario a la hora de trabajar con sujetos con un largo curriculum de experiencias previas en este tipo de dispositivos. (Olivar, 2011: 220).*

Compromiso entendido por el autor como:

*La capacidad del educador para desarrollar su labor con competencia y profesionalidad, facilitando que el sujeto pueda confiar en su motivación, interés y su implicación. (Ibid.).*

Y formación entendida como:

*La capacitación de la labor socio educativa, contando técnicas, estrategias y conocimientos generales sobre la tarea de desarrollar y sobre la población destinataria. (Ibid.).*

Pero, ¿estamos realmente en la misma sintonía que lo expuesto por Echeita en cuanto a las competencias que deben tener los profesionales implicados en un proceso educativo inclusivo? ¿Nos ofrecen las administraciones públicas procesos formativos incluidos o enmarcados en un concepto de educación permanente que nos posibilite la adquisición de estas competencias?

¿Disponen de una formación adecuada los profesionales de la red? Siendo dicha red tan actualizada y dinámica como dinámico y cambiante es el proceso de las adicciones, la formación ofertada ¿es suficiente y adecuada como para lograr la totalidad de los objetivos planteados y no sólo los sanitarios y conductuales (psicológicos), sino propiamente los que denominamos aquí como objetivos cívicos perdurables?





**CAPÍTULO 3:**  
**REVISIÓN DE LA EVOLUCIÓN FORMATIVA**  
**DE LOS PROFESIONALES EN LA RED**  
**ANDALUZA**







En este momento nos planteamos reflejar el conjunto de acciones que se han realizado a través de la Fundación para la Atención e Incorporación Social (FADAIS), adscrita a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (hoy bajo la denominación de Igualdad, Salud y Política Social), órgano que articula la actuación en los aspectos recogidos en su denominación, atención e incorporación en la población adicta en la Comunidad Autónoma, y por tanto responsable de la formación continua de todos los profesionales que se encuentran bajo su dependencia orgánica, los profesionales que tendrán esa intervención educativa con nuestros sujetos-educandos.

Para la elaboración de este apartado hemos procedido al análisis de las distintas memorias existentes y disponible en la Junta de Andalucía a través de la petición realizada a la Dirección gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Drogodependencias Andaluza. Por otro lado, para enriquecer esta información, solicitamos a través de escrito remitido a la Dirección General de Servicios Sociales y Drogodependencias de la Consejería Para la Igualdad y Bienestar Social (hoy bajo la denominación de Igualdad, Salud y Política Social) nos remitiesen toda la documentación posible relacionada con las actividades de formación realizadas durante el periodo objeto de estudio, así como autorización para la realización del trabajo de campo que nos permitiese analizar lo aportado por la propia Consejería frente a la consideraciones que los profesionales y los usuarios de los recursos nos pudiesen aportar. En ambos casos la información ofrecida fue coincidente y a su vez idéntica a la que figuraba en la página web de la Junta de Andalucía. Así, procedemos a

exponer tal y como están reflejados en las correspondientes memorias de actividades, los contenidos formativos presentes en la documentación de la Fundación Andaluza, desde el año 2002 hasta el año 2009. Hemos de destacar que la denominada Fundación Andaluza para la Atención de las Drogodependencias (FADA), institución matriz y pionera en la comunidad autónoma andaluza en el tratamiento de las adicciones, ha evolucionado a lo largo del periodo al que corresponde nuestra investigación, incorporando dentro de sus objetivos de actuación no solo el tratamiento de las adicciones sino aspectos relacionados con procesos de inserción social (básicamente orientados a la incorporación al mundo laboral de los adictos en tratamiento). Con ello se ha modificado a la vez su denominación pasando a ser la de Fundación Andaluza para la Atención de las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS). En la actualidad, la institución referida ha vuelto a experimentar una nueva “transformación”, tanto en su forma jurídica como en su propia denominación, la cual ha pasado a ser la de Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Drogodependencias. Es evidente que a lo largo de todo este proceso, los esfuerzos formativos se han ido “difuminando” de forma paralela a la pérdida de identidad propia de la institución y vinculada a las adicciones en exclusividad, siendo eclipsada en cierta forma por los propios servicios sociales.

De igual forma, con posterioridad, se hará referencia a el conjunto de acciones formativas llevadas a cabo durante el periodo de vigencia tanto de la Estrategia Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Política Social (2002- 2008), considerando las similitudes o diferencias con las desarrolladas durante la vigencia del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007), por parte de la Institución Pública Andaluza.

Veremos, tras este análisis, cuáles fueron los contenidos que interesaron abordar a la administración pública y trataremos de apreciar si en ellos hay una mayor incidencia en aspectos educativos o por el contrario no es esta la línea de actuación.

### 3.1. PLAN DE FORMACIÓN 2002

En el capítulo de formación, queda reflejado dentro de dicha Memoria en el desarrollo de la Unidad de Recursos Humanos. Su función es la de potenciar los recursos humanos de la Fundación a través de una adecuada formación, selección y aplicación de herramientas para la gestión de los mismos. Adscrita a esta Unidad se encuentra la Sección de Formación, creada en Octubre de 2000, con objeto de impulsar la formación y preparación técnica de los profesionales.

Así dentro de dicha Formación, diremos que el objetivo general es poner a disposición de profesionales acciones formativas que contribuyan a su preparación técnica favoreciendo de este modo, la mejora en la calidad de los Servicios ofrecidos<sup>12</sup>.

Durante el año 2002, se realiza el Plan de Formación 2002, que es presentado por el Departamento de Personal y Recursos Humanos al Comité de Formación, creado como órgano de participación para contribuir al desarrollo del mismo.

En consonancia al Plan de Formación, anteriormente mencionado e incluyendo de forma paralela acciones formativas externas consideradas de interés por los profesionales, el total de acciones formativas realizadas durante el año 2002 ha sido de 18, de las cuáles 6 son de carácter interno y 12 de carácter externo.

Se considera que el número total de acciones formativas realizadas durante el año 2002 favorece la consecución del objetivo propuesto, ya que éstas satisfacen las necesidades formativas previamente manifestadas por los profesionales.

---

<sup>12</sup> Ver [www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciosociales/](http://www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciosociales/)

En esta línea se planteó la necesidad de un nuevo análisis de necesidades formativas para el año 2003.

Asimismo, la Fundación realizó un amplio conjunto de acciones formativas en el año 2002, dentro de las cuales destacaremos las siguientes:

A-Establecimiento de Convenios de colaboración entre diversas Universidades y Centros de Formación y la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias, para facilitar que los alumnos realicen prácticas en los centros y servicios centrales de ésta:

- Así, el día 23 de Abril de 2002 se firmó un Convenio de colaboración con la Facultad de Matemáticas de la Universidad de Sevilla.

- Viéndose continuado el día 9 de Mayo de 2002 con la firma un Convenio de colaboración con la Universidad de Huelva.

- De igual forma el día 3 Julio de 2002 se firmó un Convenio de colaboración con la Confederación de Empresarios Andaluces (CEA). Por tanto la administración andaluza busca una unidad de acción tanto con el mundo universitario como con el empresarial.

B-Solicitud de ayuda a la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo (FORCEM):

- Durante el año 2002 se solicitó a esta Entidad una ayuda para la formación continua de los profesionales de la Fundación, obteniendo su aprobación el día 27 de Noviembre por un importe de 6.864,42€.

- Esta formación del año 2002 estaba destinada a una plantilla fija que a finales del año reseñado era de 136 trabajadores. La edad media de los profesionales a formar era de 36 años, siendo el 54% mujeres y el 46 % hombres.

### 3.2. PLAN DE FORMACIÓN 2003

Bajo el epígrafe de “Formación y Desarrollo Profesional” en la Memoria del año 2003<sup>13</sup> se hace referencia a los siguientes hechos:

En el año 2003, se continuó impulsando la formación y el desarrollo profesional de las personas que forman parte de la Fundación, como medio para facilitar y mejorar los conocimientos en materia de drogodependencias y adicciones promoviéndose, de este modo, la búsqueda de alternativas en el ámbito de ayuda a los usuarios y mejorando con ello, la calidad de los servicios que se les ofrecen.

Como en años anteriores, se elaboró un Plan de Formación, ordenado y coherente, al menos bajo el criterio político de quien lo suscribió, que partió del análisis personalizado de las necesidades formativas de los profesionales.

Este Plan contempló tanto la formación por parte de profesionales con experiencia en diferentes materias, como foros de debate y reflexión facilitándose de este modo, el intercambio de ideas y experiencias.

Los temas abordados en el Plan de Formación durante el año 2003, fueron fundamentalmente los siguientes:

- Conceptos Generales sobre Drogodependencias.
- Comunicación y trabajo en equipo.
- Actualización en enfermedades infectocontagiosas.
- Intervención socioeducativa con menores drogodependientes.
- Actualización en programas informáticos.

---

<sup>13</sup> Ver [www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciosociales/](http://www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciosociales/)

- Incorporación social en drogodependencias. Acciones educativas para personas con problemas en drogodependencias.

- Temas específicos de formación para las diferentes áreas y departamentos que conforman la Fundación.

Estos temas se desarrollaron a través de 26 acciones formativas internas y externas. Esta diferenciación de las acciones formativas, hace referencia a la organización de las mismas, en este sentido, las acciones internas, son aquellas que son organizadas por la Fundación o en colaboración con otras Instituciones.

Estableciendo una comparación con el año 2002, se observa un incremento de Acciones Formativas tanto de carácter interno como externo:

- Acciones internas en 2002 (6) frente a las acciones internas del 2003 (9)

- Acciones externas del año 2002 (12) frente a las del año 2003 (17)

- Total de acciones realizadas en 2002 (18) frente a las del 2003 (26).

Dentro de las acciones formativas de carácter interno que se organizaron durante el año 2003 y que fueron de mayor significación podemos destacar:

- Acción formativa: Jornadas Andaluzas sobre Incorporación Social en Drogodependencias y Adicciones. En ella se estableció como objetivo general el crear un cauce dinámico abierto a la participación y comunicación de todos los agentes que intervienen en los procesos de incorporación social. Igualmente, estaban dirigidas a la formación de dichos agentes, para así responder a los nuevos retos que cada día eran asumidos en esta materia desde la Comunidad Autónoma Andaluza.

El número de asistentes a dichas jornadas fue de 150 profesionales.

-Acción Formativa: Jornadas Andaluzas de Formación y Colaboración en acciones educativas para las personas con problemas de drogodependencias y adicciones. En esta ocasión el objetivo general planteado es crear un espacio de encuentro e intercambio de experiencias de los profesionales que intervienen en ese momento en el ámbito de las drogodependencias y adicciones para establecer nuevas líneas de actuación en materia de educación permanente.

En esta ocasión el número de asistentes fue de 120 profesionales.

-Acción Formativa: Jornadas de Formación para el Profesorado de los Centros de Educación de Adultos con actuaciones en los recursos de la red asistencial de drogodependencias de Andalucía. En esta tercera jornada reseñada se estableció como objetivo general el contribuir a la formación en materia de drogodependencias y adicciones del profesorado de los centros públicos de educación de personas adultas, con actuaciones en los recursos de la red asistencial de Andalucía.

En este caso el número de asistentes se redujo considerablemente, reseñando la información ofertada por la propia administración andaluza la participación solo de 30 profesionales.

Durante el año 2003 también se realizó un estudio de detección de necesidades formativas para elaborar el Plan de Formación 2004 de la Fundación, utilizando para ello, un cuestionario de detección de necesidades basado en los siguientes documentos:

-Cuestionario de detección de necesidades de la Fundación, correspondiente al año 2001, que dio lugar al documento sobre formación continua de los trabajadores.

De igual forma, se tuvo en consideración un segundo documento, mucho más genérico, que abordaba unas necesidades formativas más amplias dentro de la función pública andaluza, lo cual a nuestro entender “dispersaría” el



objetivo específico de formación de los profesionales en el campo de las adicciones. El referido documento se trataba de:

-Cuestionario de detección de necesidades formativas del Centro de Formación y Perfeccionamiento del personal de administración y servicios.

Una vez analizada la información obtenida por ambos cuestionarios, se elaboró un informe que recogió los dos aspectos principales que desarrollará el Plan de Formación 2004 de la Fundación:

A.-Patología Dual.

B.-Informática.

Evidenciamos, a simple vista, que la “dispersión” formativa referida anteriormente centró el plan formativo en el aspecto sanitario emergente en el campo adictivo, junto con una necesidad real pero quizás no necesariamente prioritaria en este sector profesional de la administración andaluza bajo nuestra apreciación.

Por otra parte, durante el año 2003 se elaboraron los siguientes documentos dentro del campo de la formación:

- El propio Plan de Formación 2003.
- El dossier de ponencias para el curso de formación denominado “Conceptos Generales sobre Drogodependencias”.
- El dossier de las V Jornadas de Trabajo de la Fundación sobre “Comunicación y trabajo en equipo”.
- El dossier de ponencias para las “Jornadas de Formación para el Profesorado de los Centros de Educación de Adultos con actuaciones en los recursos de la red asistencial de drogodependencias de Andalucía”.

- De igual forma se procedió a la publicación de diferentes números de la revista inter-centros “El Correo de la Fundación”, concretamente los ejemplares 7, 8, 9 y 10 de dicha publicación interna.

Finalmente, para continuar reforzado la cooperación con otras entidades y fomentar de este modo, el intercambio de conocimientos y la formación de los profesionales en otras instituciones, se establecieron nuevos convenios de colaboración, como el formalizado con la Confederación de Empresarios de Andalucía, para el desarrollo de prácticas del Programa de Formación Profesional Ocupacional.

De igual forma que expusimos en el plan de formación 2002, podemos manifestar que en el año 2003, la población a la que se dirigía el proceso formativo estaba constituida por 131 profesionales. De ellos el 55% ese trataba de mujeres y el 45% de hombres, con una edad media de 37 años.

### **3.3. PLAN DE FORMACIÓN 2004**

Tal y como se reflejaba en su memoria<sup>14</sup>, la formación siguió estando presente como prioridad a la hora de contribuir al desempeño profesional de los trabajadores que conformaban la red andaluza, al proporcionarles elementos que facilitaban, bajo criterio de la administración pública, la adaptación de sus intervenciones a las nuevas necesidades del usuario.

El Plan de formación 2004 según los resultados del estudio de necesidades realizado a finales del año 2003, se desarrolló entorno a dos temas centrales:

---

<sup>14</sup> Ver [www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciosociales/](http://www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciosociales/)

-Patología dual.

-Ofimática.

Podemos por tanto apreciar que se mantiene un alineamiento continuista en la perspectiva formativa, incidiendo en los campos psico-sanitarios y en procesos de inmersión en de nuevas tecnologías aplicadas a la administración en sus parcelas más burocráticas. Paralelamente se profundizó en temas abordados en los años anteriores (abordados en un claro y evidente segundo plano) como fueron la denominada “incorporación social” ( la información ofrecida por el ente autonómico no nos ha posibilitado profundizar si se refería a procesos de inserción laboral o quizás ya se esbozaban “acciones inclusivas” en las intervenciones en adicciones). El otro gran tema abordado fue según la documentación proporcionada por la Dirección Gerente el de “adicción frente a género” ( supone abrir el campo de la formación a la perspectiva de género, hoy ya presente de manera permanente y transversal en cualquier acción formativa) y en otros asuntos específicos considerados de interés para los profesionales de la Fundación que, desde luego, poca o ninguna vinculación con el campo de la pedagogía, de la didáctica y la educación social tenían en ese momento.

Se realizaron dieciséis acciones formativas en el año 2004, de las cuales la propia Memoria<sup>15</sup> de la Fundación en su publicación en la página web institucional destacaba de forma notable las siguientes acciones:

-“Estrategias e instrumentos para el diagnóstico en patología dual” (la cual contó con 23 asistentes).

-“Abordaje psico-farmacológico en patología dual” (disminuyendo la participación a 18 asistentes).

---

<sup>15</sup> Ver [www.juntadeandalucía.es/fundacióndeserviciosociales/](http://www.juntadeandalucía.es/fundacióndeserviciosociales/)

-“Actuación e intervención con usuarios con trastornos psicopatológicos en comunidad terapéutica”. (Contando con 52 asistentes en esta acción formativa).

-“Cursos de formación en ofimática”. (62 asistentes en el campo de las nuevas tecnologías).

De igual forma se organizaron diversas jornadas que sirven de canalización de información, de vehículo de transmisión de inquietudes y necesidades de los profesionales y de formación específica en ciertos aspectos. Dentro de ellas destacaremos las que a continuación señalamos tal y como las realzaba la propia documentación consultada en la administración andaluza:

-“Jornadas andaluzas en recursos de incorporación social en drogodependencias” (47 profesionales mostraron interés en el conocimiento de los recursos de incorporación social).

-“II Jornadas de formación para el profesorado de los centros de educación para adultos con actuaciones en los recursos de la red asistencial de drogodependencias en Andalucía”. (54 asistentes en esta ocasión pudieron hacer uso del encuentro formativo).

El número de profesionales objeto de la acción formativa era de 149 en el año 2004 con un 46% de hombres frente a un 54% de mujeres. Teniendo en cuenta la cualificación profesional diremos que el 52% de los profesionales poseían titulación universitaria y el 48%, las cualificaciones técnicas suficientes para el desempeño de sus puestos de trabajo.

### **3.4. PLAN DE FORMACIÓN 2005**

Al abordar la formación en el año 2005, se continuó con el proceso permanente de desarrollar profesionalmente a las personas que constituyen la Fundación, facilitando el enriquecimiento de sus competencias y potenciando a su vez, una mayor calidad en las actuaciones que se realizan.

Para ello, se establecen actividades de formación acordes a las necesidades individuales y colectivas de los profesionales, que surgen desde los estudios de detección de necesidades y de la evaluación continua que se realiza de las acciones formativas.

En el Plan de Formación 2005, se desarrollaron:

- Las VI Jornadas de trabajo de la Fundación, que bajo el título “Nuevas experiencias y avances en comunidad terapéutica”, contó con la asistencia y participación de reconocidos expertos, tanto del ámbito nacional como internacional, constituyéndose en un foro de interés científico que favoreció la reflexión y el intercambio de experiencias.

También se llevaron a cabo actividades formativas en materia de:

- Nuevas tecnologías.

- Trastornos de la alimentación en drogodependencias y adicciones y en patología dual. Esta actividad formativa en concreto estaba dirigida al personal de servicios generales, cubriéndose de esta forma la necesidad formativa de todas las categorías profesionales en dicha materia.

Por otra parte, como en años anteriores, se continuó profundizando en temas de interés relacionados con las actuaciones que desarrolla la Fundación, como normativa sobre protección de datos, contabilidad y fiscalidad, gestión de calidad, etc. Podemos ver como esta nueva “dimensión” formativa adquiere gran trascendencia frente a otras opciones, potencialmente interesantes de

abordar como es la educación para la ciudadanía y la educación en valores. Todo ello considerando el marco europeo en el que estamos inmersos y en el año en curso, 2005, momento en el cual se aborda la necesidad de formación en aspectos cívicos y ciudadanos desde el seno de Europa.

Así, procederemos a continuación a exponer algunas de las veintiuna acciones formativas realizadas en el Plan de Formación 2005 en la Comunidad Andaluza:

-VI Jornadas de trabajo de la fundación andaluza para la atención a las drogodependencias, que bajo el epígrafe “Nuevas experiencias y avances en comunidad terapéutica” contó con la participación de 232 asistentes.

-Informática (55 asistentes). Se mantiene la “necesidad” de formación tecnológica de los profesionales. Predomina la necesidad de recoger y dar tratamiento a los datos obtenidos de los pacientes/usuarios/educandos sobre los procesos inclusivos/formativos cívicos. Una tendencia que nos atrevemos a indicar permanece en la actualidad.

-“Trastornos de la alimentación y adicciones”. Acción formativa que contó con la realización de dos convocatorias, abriendo nuevos campos de “interés y necesidades formativas profesionales” que podemos definir distanciados del contexto social propiamente dicho. Fueron 54 los participantes a dichas acciones.

-“Patología dual: pautas de actuación con usuarios con trastornos psicopatológicos” (35 asistentes). Se mantuvo como podemos apreciar la línea continuista en la formación en este campo ya iniciado en el año 2004.

-“Trastornos de la conducta alimentaria” (21 asistentes participaron de ella, los cuales podemos añadir a los 54 participantes en procesos de formación en trastornos de la alimentación ya mencionados).

- De igual forma se vio reforzada esta línea de formación que relacionaba aspectos alimenticios, sus trastornos, aspectos conductuales

individuales y adicciones en general mediante la acción formativa denominada “Aspectos clínicos en los trastornos de la alimentación”. Dicha actividad contó con 13 asistentes.

- Por último queremos también reflejar la celebración de las “III Jornadas andaluzas de formación y coordinación para el profesorado y educadores de las actuaciones de educación permanente en el ámbito de las adicciones”, la cual ofreció formación e información a 46 asistentes.

Reseñamos así mismo que, continuando con la política de integración laboral para la igualdad de oportunidades durante el año 2005, se mantuvo estable el porcentaje de mujeres que desarrollan su labor profesional dentro de la Fundación, siendo el 54,5% sobre el total, frente a un 45,5% de hombres.

Diremos para finalizar que la formación universitaria suponía un 56,3% y el 46,4% las cualificaciones técnicas necesarias para el desempeño de sus puestos de trabajo.

### **3.5. PLAN DE FORMACIÓN 2006**

El plan de formación 2006<sup>16</sup> se centró en el desarrollo de 16 acciones formativas, dirigidas a la actualización de los profesionales en materias como la atención al público, calidad, tratamiento de las personas con adicción a la cocaína así como dinámicas de grupo.

Debido al aumento de la prevalencia de trastornos psicopatológicos en las personas con problemas de adicciones se procedió a la formación de los profesionales mediante un curso clínico denominado “orientación diagnóstica y

---

<sup>16</sup> Ver [www.juntadeandalucía.es/fundacióndeserviciosociales/](http://www.juntadeandalucía.es/fundacióndeserviciosociales/)

terapéutica de los trastornos psicopatológicos del paciente drogodependiente”. Hasta finales del año 2006 se habían celebrado dos sesiones formativas de este curso bianual.

En cuanto a las acciones formativas externas se continuó con el desarrollo profesional en aquellos aspectos de interés relacionados con las actuaciones y objetivos de la Fundación.

La implicación institucional de otras administraciones se centro en este plan de formación anual en la colaboración planteada en la provincia de Sevilla entre Ayuntamiento Hispalense y Diputación Provincial en un seminario de conmemoración de los 20 años de vigencia del Plan Nacional sobre Drogas, que se planteó bajo el título: “¿Se puede cambiar la sociedad desde los programas de drogas?”, que contó con una asistencia de 131 profesionales, tanto de ámbito nacional como internacional.

En cuanto a la plantilla de profesionales a la que se dirigió esta formación estaba constituida por 165 trabajadores/as, incluyendo servicios centrales y también personal de centros.

Sin adentrarnos en analizar hasta este momento la oferta formativa planteada ya podemos ver como en el año 2006 se ve notablemente reducida en cuanto a los contenidos tratados, si bien parece que comienza a surgir un nuevo interés entre los profesionales, una inquietud dirigida al “cambio social” y al “cambio comunitario”, quizás abriendo nuevas posibilidades a enlazar el esfuerzo terapéutico hasta el momento realizado con la necesidad de “inmersión educativa en las adicciones” y de una nueva forma de ver y entender la vida en la comunidad social, en la sociedad.



### 3.6. PLAN DE FORMACIÓN 2007

El Plan de Formación 2007,<sup>17</sup> se centró en el desarrollo de actividades dirigidas a la actualización y reciclaje de los profesionales en diversas materias, como en la necesidad “visible” en ese momento de formar a los profesionales en dinámicas de grupo y sistemas de autocontrol, además de profundizar sobre las situaciones “reales” de las comunidades terapéuticas en España.

En una aproximación inicial diremos que el año 2007 supone el “despertar formativo” que nos conecta con las necesidades “más cotidianas” en las interacciones profesionales/usuarios, o quizás podríamos presuponer que nos servirá para plantearnos la necesidad de una incorporación de la educación y de la pedagogía entre iguales por ejemplo en el seno de los recursos asistenciales. Las dinámicas de grupo adquieren una importancia notable en los planos formativos así como el aprendizaje del autocontrol. Junto a lo “aparentemente liviano” de los contenidos formativos ofrecidos, y ante la emergencia de “nuevas inquietudes” en la sociedad española, que hacen que poco a poco se fuese disipando el “estado de conflictividad social de las adicciones”, o mejor dicho “generado ante las adicciones”, pudiese ser la razón que motivase la preocupación que subyace ante el planteamiento formativo de profundizar en la situación real de las comunidades terapéuticas en España. Su vigencia y viabilidad parece en ese momento “cuestionadas” como poco al generar ese interés.

Se desarrollaron bajo este Plan de formación 20 acciones en las que participaron 174 profesionales de la Fundación.

Se continuó desarrollando el curso “Orientación diagnóstica y terapéutica en trastornos psicopatológicos del paciente drogodependiente”, cuyo objetivo general es mejorar las estrategias diagnósticas y terapéuticas de los profesionales de los centros de la red andaluza.

---

<sup>17</sup> Ver [www.juntadeandalucía.es/fundacióndeserviciosociales/](http://www.juntadeandalucía.es/fundacióndeserviciosociales/).

Durante este año las sesiones formativas que tuvieron lugar fueron:

-“Semiología y exploración psicopatológica de la afectividad, la psicomotricidad y la actividad volitiva”.

-“Semiología y exploración psicopatológica de la percepción, el pensamiento y el lenguaje”.

-“Semiología y entrevista clínica del paciente con trastorno de personalidad”.

-Orientación terapéutica del paciente con trastorno de personalidad. Pautas de intervención psicoterapéutica y tratamiento farmacológico”.

-“Entrevista clínica del paciente con trastorno del estado de ánimo. Diagnostico diferencial. Comorbilidad con el consumo de drogas”.

-“Orientación terapéutica al paciente con trastorno del estado de ánimo”.

Por último resaltar que la propia Delegación del Plan Nacional sobre Drogas, la Consejería Andaluza para la Igualdad y Bienestar Social, la Federación Española y la Andaluza de Municipios y Provincias y la Corporación Local de Dos hermanas, organizaron en este año 2007 el “I Congreso Nacional de Prevención e Incorporación Social en el ámbito local”, donde participa la Red Andaluza de Adicciones y por ende sus profesionales. Más de doscientos gobiernos locales españoles participaron en este encuentro. Podríamos plantearnos, ya de forma independiente al análisis de las acciones formativas realizadas, si esta amplia confluencia de profesionales y de entes políticos ha servido para orientar de forma adecuada los limitados recursos existentes en el campo de las adicciones en la actualidad, o ha sido más bien el primer “reflejo” de un proceso de “letargo institucional y profesional” en el campo de las adicciones.

El número total de trabajadores, profesionales con los que contaba la Fundación en ese año 2007 asciende a 258 profesionales. De ellos el 49% es

personal técnico y el resto, el 51% poseían la capacitación profesional necesaria.

### 3.7. PLAN DE FORMACIÓN 2008

Para el Plan de formación 2008, se establecieron como objetivos los siguientes aspectos: continuar potenciando los recursos humanos de la Fundación a través de una adecuada formación, así como la mejora en la <sup>18</sup>preparación técnica de los/as profesionales, favoreciendo la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos. Objetivos generales a nuestro entender amplios, globales y constantes a lo largo de todo el estudio realizado, que si bien mantienen ciertos objetivos específicos de forma estable, y con ellos contenidos concretos asociados a los mismos que perduran a lo largo de los distintos planes de formación, no suponen, salvo en muy contadas ocasiones, la incorporación de aspectos socioeducativos dentro de los planes de formación y aun con menor relevancia aspectos vinculados a contenidos ético-cívicos.

Se desarrollaron en esta ocasión acciones formativas centradas en un enfoque integrado de género, así como la mejora y actualización en ergonomía e higiene postural en toda la organización. Se incorpora la formación en riesgos laborales y se mantiene la transversalidad de la formación bajo la perspectiva de género, pero aun términos como ciudadanía no han aparecido en el “lenguaje de las adicciones”, y si estaba presente en la voluntad del legislador, quizás su codificación en los procesos formativos no permitió a los profesionales bajo nuestra opinión una adecuada decodificación para su incorporación en la cotidianeidad de su labor profesional.

---

<sup>18</sup> Ver igualmente [www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciossociales/](http://www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciossociales/)

Concretamente por el contrario a lo manifestado con anterioridad, desde el enfoque de género, se estableció como objetivo el conocimiento de los aspectos fundamentales para aplicar la perspectiva de género en el trabajo diario.

En otra línea de formación se profundizó como hemos manifestado en prevención de riesgos laborales. Y si bien podemos considerar básico un conocimiento en ergonomía e higiene postural, no es menos “interesante” en el entorno de trabajo al que va dirigido profundizar en aspectos vinculados a la psico-sociología que en base a la información proporcionada por el ente autonómico no ha adquirido interés formativo suficiente al no estar presente en los planes de formación. Quizás motivado todo ello por razones de oportunidad más que de eficacia o de eficiencia.

Se concluyo a su vez el Plan de formación 2008, el curso clínico de carácter bianual iniciado en 2006, para el abordaje de los trastornos psicopatológicos en las personas usuarias drogodependientes que acuden a estos centros de la red.

### **3.8. PLAN DE FORMACIÓN 2009**

El Plan de Formación surge del estudio de detección de necesidades formativas realizado durante el 2008 y de la evaluación continua de las acciones formativas realizadas, tal y como ocurrió en años anteriores.

Se estableció un proceso formativo de carácter bienal, correspondiente a dos años (2009 y 2010) contemplado en el Plan de Formación 2009/2010.

Desarrollando ese Plan a través de áreas formativas, mediante acciones formativas internas y/o externas, como se hizo con anterioridad.

Se produjo en este momento una ampliación de las modalidades de impartición en materias de formación, llevándose a cabo desde la tradicional formación de tipo documental hasta la autoformación, como metodología pedagógica, a través de la participación de profesionales de FADAIS (queremos resaltar que en este momento nos encontramos en una nueva etapa dentro de la Fundación, donde los aspectos de incorporación social adquieren trascendencia). Los profesionales actúan como expertos y expertas, que preparan e imparten la formación, adecuando de esta forma la oferta a las necesidades de los distintos puestos de trabajo que conforman la Fundación.

Todo el proceso formativo es objeto de evaluación, tanto el nivel de satisfacción como de eficacia.

Podemos destacar que los objetivos cualitativos alcanzados fueron en base a la información facilitada por la administración andaluza:

- El desarrollo y la potencialidad del capital humano de la Fundación, así como la contribución a su actualización técnica y a la mejora de sus competencias profesionales.

- La contribución en el grado de satisfacción, siendo este uno de los factores permanentes de motivación de la persona en su entorno laboral, como lo es la necesidad de desarrollo personal y profesional.

- La formación global a toda la organización en materia de primeros auxilios, así como la profundización y actualización en perspectiva de género.

- El amplio conjunto de acciones formativas internas desarrolladas, acciones que contaron con la participación como ponentes de profesionales de la Fundación.

De igual forma y dentro de los objetivos cuantitativos alcanzados destacaremos:

- La realización de 22 acciones formativas (alguna de ellas con continuidad en el año 2010), con un cómputo total de participación de 295

personas, siendo la media de asistencia por acción formativa de 13 profesionales y con una valoración de satisfacción de algo más del 92 %.

Así, al proceder a valorar las acciones formativas llevadas a cabo citaremos las siguientes:

- “Sistema de gestión de calidad Fadais”.

- “Actualización en drogodependencias y adicciones. Las drogas de síntesis”.

- “El cierre contable del ejercicio 2008 para la Fundación Andaluza”.

- “Inteligencia emocional”.

- “Las novedades legislativas y de gestión de las fundaciones del sector público andaluz y fundaciones de financiación pública mayoritaria”.

- “Sistema de gestión de contenidos webside corporativa Fadais”.

- “Experto europeo en gestión de la calidad en la administración pública”.

- “Idioma: inglés”.

- “Novedades contables y fiscales de las subvenciones concedidas a fundaciones. ejemplos - la elaboración de la memoria contable y fiscal en las fundaciones”.

- “Master en dirección y gestión de recursos humanos”.

- “El papel de las cartas de servicio en la modernización de los servicios públicos y el avance de la gobernanza”.

- “La ley orgánica de protección de datos de carácter personal”.

- “I jornadas de microfinanzas. El microcrédito como instrumento de inclusión social”.

- “Soporte vital básico y primeros auxilios.
- “Introducción a la perspectiva de género”.
- “Cursos de formación continua”.
- “Relaciones laborales desde un plano de igualdad”.
- “Tramitación electrónica de documentos trámites como e-ciudadano y e-fundaciones”.
- “Trato entre iguales desde un enfoque integrado de género”.
- “Nóminas, seguridad social e irpf régimen general”.

La calendarización prevista comprende como era de esperar desde enero de 2009 a diciembre de 2009.

No es objeto valorar en este capítulo este variopinto conjunto de acciones formativas, que sin duda responden a inquietudes y necesidades manifestadas por los profesionales, pero al menos nos hace reflexionar cómo en un momento donde se empiezan a limitar los recursos económicos, las acciones formativas se vean ampliadas a procesos de formación que se relacionan en mayor medida con profesionales de la administración general y económica que con profesionales de las ciencias sociales y de la salud.

Al proceder a la valoración de la actividad, la propia Fundación Andaluza, la administración andaluza refiere en su memoria publicada<sup>19</sup> a la realización de un notable impulso en la aplicación de nuevas tecnologías, así como de un importante compromiso con el medio ambiente, desde la reducción de papel y mayor utilización de soporte informático. Constituyendo un avance notable este conjunto de acciones medioambientales.

---

<sup>19</sup> Ver [www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciossociales/](http://www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciossociales/)

Se ha desarrollado una formación activa y participativa, a través de la colaboración de las personas involucradas en el proceso formativo, en el diagnóstico de necesidades formativas, impartición de la formación, etc.

Y finalmente queremos destacar la referencia realizada a las acciones que denominaremos de pilotaje de nuevas modalidades formativas, facilitadoras de la conciliación de la vida laboral familiar y personal, con las cuales daremos por finalizado este recorrido por las diferentes acciones formativas realizadas en el periodo objeto de estudio en nuestra investigación.







## **CAPÍTULO 4:**

# **MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**





#### 4.1. Investigación y metodología en Ciencias Sociales

El método de investigación en las Ciencias Sociales ha dado que hablar ampliamente en el ámbito epistemológico. Frente a las perspectivas empírico-analíticas han aparecido nuevos enfoques como el hermenéutico y el enfoque crítico y desde estas nuevas perspectivas se han propuestos metodologías cualitativas, más afines a las Ciencias Sociales, que trabajan con datos categoriales y utilizan procedimientos basados en la participación y la triangulación de observaciones y técnicas, entre otros.

Tejedor (1986: 84) señala que:

*El paradigma cuantitativo se dice que posee una concepción global positivista, hipotético-deductiva, particularista, objetiva, orientada a los resultados y más propia de las ciencias naturales. Y en contraste a él, el paradigma cualitativo postula una concepción global fenomenológica, inductiva, estructuralista, subjetiva, orientada al proceso y propia de la antropología social.*

Es esta metodología característica por llevar a cabo la búsqueda de la interpretación del fenómeno frente a la explicación del mismo.

Nuestra primera reflexión quiere hacer suyas las palabras del profesor Monclús (2004: 67):

*Se puede ante todo, examinar las actividades de las Ciencias Sociales para buscar la presencia o ausencia de los distintos rasgos que aparecen, destacados, en diversas teorías de la ciencia. Dichos rasgos son: 1) presencia de hipótesis bien articuladas y puesta a prueba sistemática de las mismas; 2) medición cuantitativa precisa y operacionalización de los conceptos; 3) observación meticulosa según métodos públicamente comprobables; 4) estructuras conceptuales complejas y rigurosas; y, 5) paradigmas compartidos, al menos por grandes comunidades académicas que resisten a la prueba del tiempo.*

Y, de hecho, no cabe duda de que todos estos rasgos, frecuentemente combinados, pueden encontrarse en diversas ramas de las Ciencias Sociales.

Gellner añade que se sabe que muchas de las características indiscutibles de la ciencia están presentes con frecuencia en la investigación social.

*Los aspectos de la vida social que son intrínsecamente cuantitativos u observables con precisión (como por ejemplo, en los campos de la demografía o la geografía social) se investigan efectivamente con precisión y por medio de técnicas complejas y refinadas. Se sabe, por otro lado, que en diversas esferas de estas ciencias se elaboran modelos abstractos, también de gran perfección y sutileza, que sirven como paradigmas comunes a vastas comunidades de estudiosos (caso de los economistas) y además, en campos*

*donde el aparato conceptual no dista demasiado de las ideas de mero sentido común se sabe, no obstante, que un profesional de la especialidad bien preparado posee informaciones y conocimientos nuevos y de primera mano para el desarrollo de la materia en cuestión. En todos estos casos, los estudios sociales se consideran efectivamente científicos. Extensos sectores de los mismos satisfacen plenamente una u otra de las muchas teorías existentes. (o.c.: 68).*

Por su parte, un autor ya clásico como Piaget (1975: 77, cit. en Monclús, Ibíd) hacía notar las dificultades epistemológicas propias de las ciencias del humanas, que se concretan en torno a problemas de método. Ya que la principal dificultad de las interacciones entre sujeto y objeto propias de estas disciplinas es que hacen particularmente difícil la experimentación, en el sentido en que es practicada en las ciencias de la naturaleza o las físico-matemáticas.

Y no por ello deja de ser cierto para Piaget que los problemas metodológicos de la experimentación, de la medida y de la confrontación de los datos de la experiencia con los esquemas teóricos, presentan en las ciencias humanas dificultades muy peculiares. Estas, no se deben tanto a las limitaciones de la experimentación misma, ya que este mismo problema se encuentra en algunas ciencias de la naturaleza por razones de escala y de desarrollo histórico, sino que en principio, la experimentación en sentido estricto, puede ser remplazada por un análisis suficiente de los datos de observación y de las medidas.

Autores como Carr y Kemmis plantean que:

*Una de las controversias más importantes de la historia del pensamiento social ha sido la referente a la relación entre la manera en que las personas perciben sus propias acciones y la finalidad de las ciencias sociales.(o.c.: 69)*



El comportamiento de los seres humanos, según Carr y Kemmis, está principalmente constituido por sus acciones, rasgo característico de las acciones tener un sentido para quienes las realizan y convertirse en inteligibles para otros sólo por referencia al sentido que les atribuye el actor individual.

Observar las acciones de una persona, por tanto, no se reduce a tomar nota de los movimientos físicos visibles del actor, sino que hace falta una interpretación, por parte del observador, del sentido que el actor confiere a su conducta. Es por ello por lo que un tipo de comportamiento observable puede constituir toda una serie de acciones.

Igualmente, se podría decir que todas las descripciones de acciones han de contener un elemento interpretativo. Describir a alguien que enseña, por ejemplo, no se reduce simplemente a describir su comportamiento observable. Lo que se observa puede ser alguien que amasa un pastel, que hace la vertical, que lee un libro, que toca un instrumento musical o que habla con un niño. Para que cualquiera de estos comportamientos pueda ser interpretado como enseñanza, se necesita una identificación de los significados subjetivos particulares en razón de los cuales entienden lo que hacen quienes llevan a cabo esas acciones. Las acciones, a diferencia del comportamiento de casi todos los objetos, siempre incorporan las interpretaciones del actor, y por este motivo sólo pueden ser entendidas cuando nos hacemos cargo de los significados que el actor les asigna. Una de las misiones de la ciencia social interpretativa consiste en descubrir esos significados y, de este modo, hacer inteligible la acción.

En este sentido,

*Esta afirmación implica más que una referencia a las intenciones conscientes de los individuos. Requiere, asimismo, que se entienda el contexto social dentro del cual adquieren sentido tales intenciones. Las acciones no pueden ser privadas; la mera identificación de una acción como*

*perteneciente a tal o cual especie implica el empleo de reglas de identidad según las cuales pueda decirse de dos acciones que son lo mismo. Y de esta característica pública de las reglas de interpretación se desprende que una acción sólo puede ser identificada correctamente cuando corresponde a alguna descripción que sea públicamente reconocible como correcta. Por tanto, al describir a alguien diciendo que "enseña" se está apelando implícitamente a un trasfondo de reglas, operativo en una sociedad determinada, que especifican lo que ha de entenderse por enseñar. En realidad, éstas constituyen la misma posibilidad de enseñar propiamente dicha (o.c.: 71).*

El carácter social de las acciones implica que éstas surgen de las redes de significados conferidas a los individuos por su historia pasada y su orden social presente. Dichas redes estructuran de cierta manera su interpretación de la realidad, y por ello, los significados en virtud de los cuales actúan los individuos están predeterminados por las formas de vida en que dichos individuos han sido iniciados.

De ahí se deduce otra misión de una ciencia social interpretativa, que es la de descubrir el conjunto de reglas sociales que dan sentido a determinado tipo de actividad social, y así, revelar la estructura de inteligibilidad que explica por qué tienen sentido cualquier acción que observemos como señalan Carr y Kemmis en 1988.

En el caso de Max Weber (ver Monclús, o.c.: 72) se refiere a su análisis de las ciencias sociales es inseparable de aspectos que habitualmente constituyen lo científico, como el problema de la "objetividad" del conocimiento, entre otros. Pero igualmente, todos estos aspectos resultan insuficientes si no se tiene en cuenta el lugar y el significado del valor en relación con ellos. Así, indica que:

*La objetividad del conocimiento en ese ámbito de las Ciencias Sociales está subordinada al hecho de que lo empíricamente dado se mantiene de modo ininterrumpido sobre ideas de valor, únicas en conferirle un valor por el conocimiento. Y pese a que la significación de tal objetividad sólo es comprensible partiendo de dichas ideas de valor, nunca se convierte en pedestal empíricamente inverosímil de su validez (Weber, 1988: 64).*

En este modelo de ciencia social, Monclús (2004: 73) señala que:

*La ciencia social que Weber propone es una ciencia de la realidad. Le interesa comprender las particularidades de la realidad de la vida alrededor nuestro y en la que nos encontramos sumergidos. Por un lado, el contexto y el significado cultural de sus diversas manifestaciones en su forma presente y, por otro, las causas de que su evolución histórica no se hubiera producido en forma distinta, sino, por el contrario, precisamente así. Pero, en cuanto se realiza el intento de tomar conciencia de la manera cómo se desarrolla la vida, nos percatamos de que ella nos brinda una sucesión, poco menos que al infinito, de diversos acontecimientos simultáneos, los cuales se presentan y se esfuman "en" y "fuera" de nosotros. Y este infinito absoluto y tan diverso persiste de una manera nunca aminorada, aun si nos fijamos en un "objeto" único, quizá una determinada transacción, es decir, en cuanto tratamos de explicar exhaustivamente dicho objeto único, en su totalidad de elementos constitutivos individuales y más aún en nuestra tentativa de captar su condición causal, por cuya razón todo conocimiento de la realidad infinita, mediante el espíritu humano finito, se encuentra fundamentada en la tácita premisa de que únicamente un fragmento finito de esa realidad puede constituir el objeto de la comprensión científica, de igual*

*manera que solamente se considera "esencial", dándole la significación de digno de ser conocido.*

La aplicación de métodos empíricos ha podido constituir una ayuda para objetivar la investigación en ciencias sociales pero, no hay que olvidar la peculiaridad metodológica compleja que estas ciencias conllevan (Ver, asimismo, Popkewitz, 2012: 161 y ss.).

## **4.2. Pautas para una investigación educativa**

Como hace notar Monclús, a partir de una perspectiva epistemológica se puede considerar que la educación comparte con las ciencias humanas y sociales una serie de características especialmente comunes. Siguiendo el modelo de clasificación propuesto por Piaget, parece posible aplicar a la educación atributos de tipo nomotético, histórico, normativo y epistemológico.

En lo que se refiere a su dimensión nomotética, la educación pretendería la explicación del proceso de enseñanza y aprendizaje y procuraría la obtención de principios y leyes generales que definan las relaciones, la naturaleza de las estructuras subyacentes.

La dimensión histórica quedaría centrada en el estudio de la evolución que a lo largo del tiempo ha experimentado la educación, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos.

La dimensión normativa se hace presente desde el momento en que la educación tiene por objeto la conformación del desarrollo del hombre a través de la estimulación del aprendizaje. De ello se deduce, por una parte, la necesidad de delimitar fines o metas de perfeccionamiento, y de otra, la

necesidad de elaboración de normas que orienten, que guíen la actividad instructiva para conseguir con la mayor eficacia posible dichas metas.

La dimensión teórico-epistemológica aparece a partir de que se plantea, en educación, la necesidad de elaboración de un cuerpo teórico fundamentante que proyecte su desarrollo en el futuro y permita una integración adaptada de contribuciones procedentes de otras áreas del saber (Rosales, 1988).

Para Monclús (2004: 76) Von Wright señalaba algo que es una síntesis suficientemente aceptada por la comunidad científico-social, y que ayuda a identificar la cientificidad de la investigación educativa como ciencia social: la explicación y la comprensión son dos dimensiones en interrelación, sin las que un fenómeno social no puede ser enfocado con pretensión científica. En el mundo de la educación a partir de ahí se distinguirá lo que será considerado ciencia de lo que será filosofía. Por tanto, la definición de un fenómeno educativo a partir de postulados filosóficos previos a dicho fenómeno, y en función de ellos, será algo radicalmente distinto de la búsqueda de la explicación y comprensión de dicho fenómeno según una metodología científica.

La organización escolar necesitará acudir a otras ciencias sociales. Así mismo podemos establecer que de igual forma precisan recurrir a ellas otros científicos sociales, en muchos de sus análisis, para explicar y comprender un fenómeno social concreto. Nos encontramos de hecho, con una característica fundamental de las ciencias sociales, y, por lo tanto, de una investigación sobre curriculum que es la de interdisciplinariedad entre las diferentes perspectivas de los hechos y de las ciencias sociales. En nuestro “espacio terapéutico” sin duda alguna confluyen características que lo asemejan a la organización escolar, pero si bien la educación es sin lugar a dudas ciencia social, podríamos plantearnos si existen otras ciencias sociales presentes “de forma real” en nuestro “singular espacio educativo”, en la comunidad terapéutica.

La investigación sobre curriculum como realidad social necesita en muchas ocasiones de la interdisciplinariedad con otras ciencias sociales para acceder a la explicación y comprensión de los fenómenos, cambios, situaciones y procesos de la enseñanza y la escuela. La realidad de los fenómenos de la enseñanza y la escuela mediatizados por otras ciencias sociales requiere un análisis básicamente interdisciplinar. En esta ocasión partimos siempre del carácter interdisciplinar que presenta el trabajo terapéutico en las comunidades como recursos asistenciales, y por ello el análisis de los procesos de enseñanza y aprendizaje “socializador” que en ellas se efectúan es posible valorarlo adecuadamente, pero deberíamos de cuestionarnos si el curriculum es o no el adecuado.

La interdisciplinariedad no es el producto de una ciencia que utiliza ciencias auxiliares. De ahí que exprese un fenómeno capaz de asombrar a todos aquellos que creen que nuestra época ha realizado la integración del concepto y de la acción, la exigencia de la pragmática y la práctica intelectual.

La interdisciplinariedad, de esta forma resulta más:

*El síntoma que la emanación de una tendencia de nuestra civilización. Es decir, no es la emergencia de la situación adaptada a conocimientos cada vez más volátiles, sino que es el signo de las preferencias por la decisión informada, apoyada en visiones técnicamente fundadas, en el deseo de decidir a partir de escenarios contruidos sobre conocimientos precisos. Por lo tanto, es en todas las ciencias aplicadas, sociales o no, donde la interdisciplinariedad encuentra los lugares a que incorporarse (Monclús, o.c.: 80).*

A juicio de este autor, Sinaceur plantea la actitud interdisciplinaria en preocuparse de la correlación irreductible a la simple yuxtaposición, a la reunión de los veredictos particulares enunciados a partir de una especialidad. La razón de ello es que la perspectiva interdisciplinaria no

puede satisfacerse con esta síntesis, ya que si una disciplina no basta para dar un contenido significativo a la acción que se quiere emprender, una multidisciplina tampoco puede. La interdisciplinariedad es más bien la asociación de la información procurada por varias disciplinas en su acto final, de una naturaleza tan compleja que es sin duda éste a quien aquélla debe su carácter.

De esta forma:

*En la interdisciplinariedad, en definitiva, es la finalidad práctica la que determina la división de los hechos que deben estudiarse. Estas reciben de ella la transmutación necesaria para la objetivación de los fenómenos, es decir, a su presentación científica. Nada lo muestra mejor que el lugar sobre el que se ha formado una práctica interdisciplinaria ejemplar: la investigación operacional. La didáctica y organización escolar, como veremos, es un campo privilegiado para comprobar la necesidad de la interdisciplinariedad, ya que los hechos de la enseñanza son fenómenos complejos, que necesitan considerar una pluralidad de dimensiones para su análisis (Ibíd.).*

Cualquier ejemplo que analicemos al hablar de curriculum debe tener en cuenta este enfoque interdisciplinar.

Monclús recuerda que Andy Hargreaves y otros autores (2001) hablan de curriculum integrado o interdisciplinar para referirse a un aspecto más ambicioso y, al mismo tiempo controvertido de la reforma educativa, debido a que se pretende conectar el aprendizaje del aula con las vidas y mentalidades de todos los alumnos. Este curriculum integrado ofrece una propuesta interesante para aquellos que pretenden conseguir que tanto el curriculum como el modo en que lo experimentan los alumnos sea menos fragmentado.

Pero Monclús (2004: 83) hace notar que:

*Esta propuesta de curriculum integrado no está exenta de cierta tensión, e incluso, contradicción con las reformas curriculares centradas en el enfoque por materias. En países como Irlanda y España, principalmente católicos, las políticas curriculares nacionales otorgan una mayor importancia a la integración de los conocimientos y al interés por el alumno, que suponen los pilares del aprendizaje en la enseñanza secundaria. Por el contrario, en otros países, como por ejemplo en Australia, la integración curricular se ha producido como respuesta a la alienación y pobres resultados en los adolescentes de los primeros años de secundaria, principalmente. En Estados Unidos, el curriculum integrado se produce de una forma más voluntaria y localizada, coexiste con las políticas estatales y federales formuladas por materias. La integración es importante en la reforma de la enseñanza secundaria, y especialmente en áreas curriculares como la creación literaria, y en muchas otras corporaciones y fundaciones de carácter reformista que dan prioridad al hecho de que los docentes conozcan bien a sus alumnos.*

Y continúa manifestando que:

*Desde las primeras décadas del siglo XX se habla ya de curriculum interdisciplinar. Así, Dewey en 1938, sostenía la importancia de conectar el aprendizaje que realizan los alumnos con sus experiencias cotidianas. Y, en fechas más recientes, los psicólogos del aprendizaje han señalado la importancia de conectar el curriculum (y su manera de impartirlo) con los conocimientos previos que tiene el estudiante, que son los que van a dar sentido a las nuevas informaciones que hay que incorporar. Por otro lado, la diversidad etnocultural ha contribuido a hacer que los educadores reconozcan la necesidad de producir un curriculum más acorde con las culturas y estilos de*



*aprendizaje de los diversos grupos que componen una escuela. Pero también hay que destacar que los profesionales de la educación tratan de definir y concebir principios de contextualización o relevancia que puedan vincular el aprendizaje con las experiencias de quienes se adentran por sus sendas e incrementar el compromiso de todos los alumnos con sus progresos. (Ibíd.)*

Hargreaves analiza y profundiza sobre esos principios de contextualización o relevancia que acabamos de mencionar y que se producen en la práctica de los profesores plantea un análisis. Hay que tener en cuenta que el curriculum integrado se discute desde posiciones intelectuales e ideológicas lo que condena, en palabras del autor, a la integración y a la especialización por materias a dos soledades opuestas, cada una de ellas retratada por sus partidarios como la panacea que resolverá todos los males y por sus críticos como un mal del que hay que protegerse. Tanto los partidarios como los adversarios de la integración adoptan con frecuencia justificaciones exageradas para defender su causa, permaneciendo atrapados en una constante batalla entre el esencialismo de las disciplinas y el relativismo de todo el conocimiento.

Zabala (1999) enmarca además el problema con la consideración del pensamiento complejo, que permite tener en cuenta su dimensión científica, sociopolítica, económico-profesional, cultural, psicológica y pedagógica.

Nuestra investigación sobre la formación de los profesionales de la educación en comunidades terapéuticas en el Campo de Gibraltar tiene en cuenta todo lo señalado sobre un enfoque científico-social y sobre la interdisciplinariedad y complejidad.

**CAPÍTULO 5:**  
**DISEÑO DE LA HERRAMIENTA, UNIVERSO  
Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN**



Podemos comenzar este apartado de nuestra exposición manifestando que diseñar una investigación en el campo de las Ciencias Sociales, es sin lugar a dudas un problema logístico-conceptual, pero a su vez constituirá un problema logístico-práctico. Habrá por tanto que establecer, que diseñar un plan concreto que nos relacione los datos empíricos a las preguntas originales y, finalmente conectarlo asimismo con las conclusiones finales.

La selección de cualquier método y técnica de investigación depende de una serie de factores, que van desde el objeto de nuestra investigación, aquel que pretendemos evaluar, las circunstancias que lo rodean, los objetivos perseguidos en la evaluación. Teniendo siempre en cuenta el campo de investigación del que se trate, conociendo y valorando las experiencias previas, todo los conocimientos que podamos tener y que existan sobre la cuestión, entre otros hechos.

Hemos justificado como punto de partida nuestra investigación, los antecedentes educativos y sociales. Hemos visto por otro lado la importancia y el impacto social causado en un amplio periodo de tiempo por el eje central de la investigación (la formación de los profesionales, estrategias y acciones). En ese momento, nos planteamos el objetivo u objetivos de la investigación que en nuestro caso vendría establecido por nuestra hipótesis de trabajo, relativa a la formación recibida por los profesionales (educadores) de las adicciones, su coherencia con lo establecido por las directrices políticas formativas establecidas y su traslación a la población diana (residentes adictos) que son el fin último de la acción profesional. Correspondería esto último a la

contextualización (teórica y conceptual, normativa, histórica, geográfica y económica), en un contexto espaciotemporal determinado.

Una vez establecidas las metas y el alcance de la investigación, el proceso se verá continuado con la elección de la metodología apropiada (dentro de los paradigmas de investigación reconocidos en las Ciencias Sociales y en Educación), así como por el análisis, valoración e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación.

Volviendo al inicio, diremos que una vez analizadas las herramientas de estudio de campo habituales en las Ciencias Sociales, tal y como hemos visto en el capítulo anterior, nos proponemos, a continuación, sistematizar el diseño y la aplicación de la misma.

Uno de los elementos fundamentales en la investigación social y educativa, es la formulación del problema. Sin embargo, la demostración o la refutación de las hipótesis depende en muchos casos del análisis de los datos cuantitativos. Lo que se puede observar en la investigación tradicional es el movimiento del inicio cualitativo (del problema) a la conjugación de los datos en las hipótesis, que es principalmente cuantitativo y su interpretación que es otra vez cualitativa.

Spradley (1980) establece una serie de pautas, que se deberían tener en cuenta en todo proceso de investigación y que comprendería las siguientes fases:

1. Definición del problema de investigación.
2. Definición de hipótesis e interrogantes.
3. Formulación de definiciones operacionales.
4. Diseño de instrumentos de evaluación.
5. Recopilación de información.
6. Análisis de la información.
7. Elaboración de resultados.
8. Exposición de las conclusiones.

Al abordar las fases del proceso de investigación en educación, debemos de describir las distintas acciones a llevar a cabo en los distintos momentos del proceso y para ello vamos a referirnos a las fases del proceso de investigación científico. Estas cinco fases serían:

#### 1.-Planteamiento de la investigación.

1.1.-Identificación del tema de investigación o de la situación expresa a ser analizada y en su caso, análisis del contexto de investigación.

1.2.-Propuesta de objetivos a lograr.

1.3.-Formulación de la hipótesis de investigación para su contrastación.

#### 2.-Diseño y planificación de la investigación

2.1.-Identificación de las variables de estudio y su operatividad.

2.2.-Identificación de los sujetos y población de estudio. En su caso, selección de la muestra.

2.3.-Elaboración y selección de los procedimientos de recogida de la información. Planificación de su aplicación.

2.4.-Identificación de los procedimientos de análisis de datos.

#### 3.-Ejecución del diseño de la investigación.

#### 4.-Interpretación y reflexión.

#### 5.-Redacción y difusión del informe de investigación.

Por otro lado y siguiendo entre otros a Monclús (2010) y a García Fraile (2008), podemos caracterizar la metodología de la investigación social a partir de los siguientes parámetros:

- Epistemología: Definición de objetivos y planes de investigación.
- Técnicas de recogida de evidencia empírica: cuestionario.

- Técnicas de selección y análisis de datos: análisis cuantitativo de los datos
- Criterios de valoración del proceso de investigación: criterios de valoración del proceso de investigación.

En cualquier proceso de investigación, constituye un elemento clave la definición de los objetivos. Junto con su complejidad, hay que destacar, como sostiene García Jiménez y Alvarado (2002: 142 y ss.) que los objetivos orientan sistemáticamente los interrogantes hacia el fin último de la investigación. Los requisitos que deben de cumplir esos interrogantes son, por orden de importancia:

1. Que no se conozca la respuesta.
2. Que pueda ser contestada con evidencia empírica.
3. Que implique usar medios éticos.
4. Que sea clara.
5. Que el conocimiento sea sustancial.

El siguiente aspecto a considerar dentro del proceso, y una vez definidos los objetivos y detectadas las variables que serán objeto de investigación, es necesario proceder a un registro cuantitativo de dichas variables. Este registro puede realizarse a través de diversos instrumentos, de entre los que destacamos (León y Montero, 2002: 58 y ss.):

1. Aparatos.
2. Revistas.
3. Cuestionarios.
4. Técnicas de observación.
5. Autoobservación.
6. Test: de inteligencia, de conocimientos o de personalidad.
7. Escalas: de actitud, de valores, etc.
8. Sociogramas.
9. Registros *ad hoc*.

Cualquiera de los instrumentos arriba mencionados tiene la misión de registrar la evidencia empírica. Su elección, diseño y aplicación dependerá del objeto propio de la investigación así como del fin específico para el que se elabore. Asimismo García Fraile (2008: 285) concluye que los datos que aportan dichos instrumentos deben ser generalizables.

Siguiendo lo expuesto por Martínez González (2007) podemos manifestar que la investigación en educación está muy vinculada a la práctica educativa. Se suele diferenciar entre investigación básica e investigación aplicada. Ambas son complementarias, de manera que la practica educativa necesita de las teorías, de las reflexiones y de los métodos que se van generando a través de la investigación básica, para identificar entre sus aspectos más positivos y sus limitaciones, de igual forma para conocer mejor los efectos a los que dicha práctica da lugar, para mejorarlos e introducir innovaciones. Dichas innovaciones al ser estudiadas por la investigación aplicada, permitan alcanzar objetivos educativos cada vez más complejos.

De igual forma podemos continuar manifestando que:

*La investigación básica a la vez necesita de la práctica educativa para no quedarse en un conjunto de reflexiones teóricas acerca del funcionamiento de la realidad y en el planteamiento de hipótesis que no lleguen a probarse en marcos contextuales concretos. (o.c.: 19).*

El proceso de investigación educativa puede ponerse en ejercicio para llevar a cabo distintos tipos de investigación y entre ellos vamos a referirnos en nuestro caso a la investigación aplicada.

Así,

*En investigación aplicada el objetivo será como su nombre refiere, la aplicación de los conocimientos obtenidos al investigar una realidad o practica concreta para modificarla y transformarla hasta donde sea posible mejorarla (o.c.: 21).*



Queremos manifestar que, si bien en educación este tipo de investigación es especialmente relevante por el interés que tiene tanto para los docentes como para los educadores, como para los centros e instituciones educativas y responsables de dicha política educativa, mejorar las prácticas de aprendizaje y enseñanza, la organización de los centros y sus dinámicas y cualquier factor asociado a la consecución de una mayor calidad educativa. Todo lo expuesto como veremos es perfectamente extrapolable al ámbito educativo que nos interesa, los procesos educativos que tiene lugar en las comunidades terapéuticas analizadas.

Y al considerar los estudios y métodos con los que se pueden llevar a cabo una investigación educativa queremos resaltar los Estudios de Casos.

Continuando con lo expuesto por Martínez González (2007: 28) en relación a los estudios de casos podemos decir que:

*Son aquellos que se realizan sobre una realidad singular, única e irrepetible, sin que ello signifique necesariamente un único sujeto. Un caso puede ser un sujeto, pero también un conjunto de sujetos, un programa, un recurso, un centro o institución o incluso un entorno comunitario. Lo que caracteriza al caso es su “singularidad”, su especificidad frente a otras realidades, y lo que va a definir al estudio de casos es la intención de describir, de conocer y comprender a fondo el comportamiento de dicho caso desde su historia y dentro de su contexto y coordenadas ambientales. La mayor parte de las ocasiones podremos predecir su comportamiento y tomar decisiones sobre como actuar sobre el para mejorarlo.*

Es necesario desde los planos de la educación realizar estudios de casos para poder intervenir sobre ellos y conseguir mejorarlos. Sin lugar a dudas podemos considerar como caso, tanto el conjunto de profesionales de la educación que desarrollan su actividad profesional en las comunidades

terapéuticas como también se considera caso al conjunto de usuarios adictos de los recursos asistenciales ya referidos.

### 5.1. Diseño, objetivos y características del cuestionario

Los procedimientos y las técnicas de recogida de la información permiten obtener los datos necesarios para llegar a establecer las conclusiones pertinentes sobre la situación analizada. La importancia de unos buenos procedimientos y técnicas de recogida de información radica en que u de ellas radican la calidad de los datos que se manejan para establecer conclusiones adecuadas o válidas sobre el tema investigado y para, en su caso, tomar decisiones eficaces sobre la forma más adecuada de intervención sobre la situación investigada.

La herramienta utilizada en esta investigación ha sido el **cuestionario**. Tal y como hemos avanzado en otros momentos del presente estudio, para lograr los objetivos planteados en relación al estado de la cuestión, la detección de necesidades, así como posibles datos que ayuden a conformar una propuesta válida científicamente cara al futuro la herramienta utilizada será el cuestionario. El cual constituye un instrumento dentro de la investigación cuantitativa que permite establecer la relación entre variables predefinidas a partir de una muestra de población. Supone, por lo tanto, que el investigador tiene perfectamente definidos los indicadores de las variables que desea registrar. Al procedimiento de utilización de un cuestionario para describir grandes grupos de personas se le denomina encuesta.

Proponemos siguiendo a García Fraile la siguiente definición del cuestionario:

*Hay una forma de preguntar a los sujetos por los datos que nos interesan que tienen todas las preguntas fijadas y la mayoría tienen las respuestas previamente establecidas para que las personas elijan las que deseen; en ese caso al conjunto de preguntas se les denomina cuestionario.*(García Fraile, 2008: 297)

Procedemos por tanto a utilizar metodología cuantitativa pero no podemos olvidar de emplear métodos cualitativos en nuestra investigación, puesto que:

*Los métodos cualitativos entienden la realidad social desde una perspectiva humanista y evolutiva, ya que el mundo social no es fijo y estático, sino cambiante y dinámico. (Ibíd.).*

Por su parte, Douglas sostiene que:

*Cualquier entendimiento científico de la acción humana en cualquier nivel de ordenación o generalidad debe de empezar y basarse en un entendimiento de la vida cotidiana de los miembros que realizan las acciones (1970: 35).*

Hoy día el uso conjunto con técnicas cualitativas y cuantitativas en una misma investigación es la tendencia investigadora mayoritariamente aceptada, puesto que con ello buscamos y hayamos la complementariedad frente a la confrontación metodológica.

Así diremos que existen diferentes metodologías para llevar a cabo un estudio de encuesta (Bizquerra, 2004: 236) y esto va a depender del autor que se adopte en el diseño de la investigación.

En otro orden y siguiendo a Buendía (1998) establece tres fases de desarrollo: teórico conceptual metodológico y estadístico conceptual

Entre las ventajas que se derivan de la utilización de un cuestionario destacan (Torres, 1984): la variada y rica información de los aspectos que nos interesa estudiar; las opiniones son recogidas a partir de lo que expresan por

escrito los sujetos, y posibilita la preparación y estructuración previa de las preguntas. Otro tipo de ventajas (Selltiz, 1965) es que resultan poco costosos, son fáciles de aplicar, simultáneamente se puede extender a una población amplia, y sobre todo gozan de la ventaja del anonimato y de la uniformidad de las respuestas.

El guión orientativo a partir del cual debe diseñar el cuestionario lo conforman las hipótesis, sin embargo, hay que tener en cuenta las características de la población (nivel cultural, edad, aspectos económicos, etc.), y el sistema de aplicación que va a ser empleado, ya que estos aspectos son decisivos para determinar el tipo de preguntas, el número, el lenguaje y el formato de respuesta.

Al abordar las fases a seguir en la construcción de un cuestionario, hemos seguido a Martínez González (2007: 60) a la hora de establecer los siguientes pasos:

1.-Decidir la formación a buscar en función del tema y variables de la investigación, y de las características de los sujetos y contexto de la investigación.

2.-Decidir el tipo de cuestionario a utilizar: con preguntas cerradas, abiertas o una combinación de ambas.

3.-Redactar el primer borrador de preguntas y respuestas.

4.-Revisar el borrador y, en su caso, reformular las preguntas, las respuestas y la estructura del cuestionario.

5.-Aplicar el cuestionario en una muestra piloto para comprobar su calidad.

6.-Reformar el cuestionario previo y redactar el definitivo, especificando los procedimientos para su utilización.

Dentro de las técnicas cuantitativas de investigación social, es necesario tener en cuenta las técnicas de selección y análisis de datos. Esta dimensión del análisis describe las técnicas de recogida de la evidencia empírica. Las técnicas cuantitativas se utilizan dentro de una visión del conocimiento que prima lo común, lo objetivable, así que tienen que ayudar en este proceso de acotación del fenómeno. Para ello, la información obtenida mediante el cuestionario debe procesarse a fin de obtener conclusiones útiles y pertinentes a los fines de la investigación. A este proceso se lo conoce como análisis cuantitativo de los datos.

Tal y como indica Martínez González (2007: 61): “Un aspecto de gran trascendencia a decidir en la construcción de un cuestionario es el tipo de respuesta que se espera de los sujetos: cerrada, abierta o una combinación de ellas”.

Si bien podemos decir que:

*Las respuestas cerradas suelen ser de elección entre un número cerrado de alternativas, que han de ser mutuamente excluyentes [...] Cuando este cuestionario está construido con todas o con la mayor parte de las respuestas cerradas, su grado de estructuración es muy alto. (Ibíd.).*

En otro orden diremos que las respuestas abiertas se incluyen en los cuestionarios fundamentalmente con fines exploratorios para averiguar tendencias de comportamiento de los sujetos. Por tanto su objetivo será analizar cómo se comportan o cómo interpretan las personas un determinado tema desde su propia perspectiva, considerando todas las potenciales variaciones y de forma que el propio investigador no proponga con carácter previo distintas opciones de respuesta.

Estas respuestas abiertas pueden incluirse acompañando a las respuestas cerradas del cuestionario para que las personas expresen lo que deseen sobre un determinado tema con sus propias palabras, y complementen así las opciones de elección propuestas con carácter previo por el investigador

en relación con el asunto en cuestión. En nuestra investigación hemos elaborado un cuestionario tanto para profesionales como para usuarios y en ambos casos planteamos una serie amplia de respuestas cerradas que se verán acompañadas de una serie de cuestiones abiertas que nos ayudaran en nuestra valoración cualitativa.

Existe abundante bibliografía de cómo llevar a cabo este proceso, como puede ser Azorín (1986), Santos y otros (1999) u Ortega (1992). Sin realizar un análisis en profundidad, destacan ciertos puntos como comunes en la mayoría de las recomendaciones:

1.-Revisión del cuestionario. En esta fase se trata de identificar y corregir las posibles fuentes de error dentro del cuestionario.

2.- Codificación del cuestionario. La codificación tiene por objeto sistematizar y simplificar la información procedente de los cuestionarios. De forma que ha de ser lo más simple e intuitiva posible, unívoca, estandarizada y preferentemente numérica.

3.-Análisis de las preguntas. Es la fase de análisis propiamente dicha y comienza una vez organizados los datos. Taylor y Bogdan (1987: 160-166) proponen modelos cuya aplicación supone llevar a cabo un proceso que incluya las siguientes etapas:

- Codificar toda la información.
- Agrupar datos cuantitativos en porcentajes y frecuencias.
- Realizar tablas para sintetizar la información.
- Efectuar la definición de categorías exhaustivas significativas que constituyen las variables.
- Realizar un estudio descriptivo más profundo.
- Interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos. Extraer conclusiones.
- Interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos.
- Extraer conclusiones.

4.-Detectar la evolución del estudio. La percepción del objeto de estudio de las ciencias sociales cambia pareja a la evolución de la propia sociedad. Por ello, en un proceso de investigación sobre variables sociales, se hace

necesario realizar sondeos y estimaciones durante distintos modelos del análisis.

5.-Presentación final de la información: La información que se presente ha de ser muy clara, incluyéndose únicamente aquella que sea relevante para las decisiones que hay que tomar. Es necesario proporcionar la menor cantidad de datos posible, y de estos datos los más relevantes han de exponerse en el análisis. Al final del análisis, se ha de incluir un breve resumen de los resultados y de las conclusiones, y si corresponde, plantear recomendaciones operativas.

Una vez extraída la información de nuestra población, el investigador ha de comprobar que las conclusiones alcanzadas a partir del muestreo cumplen los requisitos de generalizabilidad al resto de la población (García Fraile, 2008: 288-289).

Para que una aseveración sea generalizable, debe de cumplir los siguientes requisitos de fiabilidad y validez (Ver Pascual, Frías y García, 1996: 76 y ss.):

1. Fiabilidad. Es la cualidad que mide el grado de constancia de la aseveración.
2. Validez. Para que una aseveración sea fiable, debe cumplir los denominados requisitos de validez.

En relación a este último aspecto, destacamos que la validez puede caracterizarse como:

-Validez aparente: responde a la incógnita planteada al comienzo de la investigación.

-Validez de contenido: los elementos que configuran la aseveración son representativos del objeto del estudio.

-Validez de constructo y discriminante: Una aseveración tiene validez de constructo si correlaciona las variables que la teoría dice que debe correlacionar. Debe tener además validez discriminante, sin relacionar las variables que las diferentes.

-Validez discriminativa: la aseveración tiene que diferenciar entre grupos de personas que “sabemos” que son independientes.

Finalmente pondremos de manifiesto que hemos procedido a la distribución de los cuestionarios en las diferentes comunidades terapéuticas de la Comarca del Campo de Gibraltar, siempre que éstas fuesen dependientes de la Administración Pública directamente o se encontrasen bajo su tutela, inspección y fiscalización terapéutica y administrativa al disponer de plazas de tratamiento concertadas.

Se inició este proceso de distribuir y dar respuesta y posterior recogida de datos, tras recibir la correspondiente autorización para poder dar inicio a nuestro trabajo de investigación por parte de la Dirección General de Servicios Sociales y Drogodependencias de la Junta de Andalucía, a quien agradecemos las facilidades proporcionadas. Cuestionarios que fueron distribuidos tanto entre profesionales como entre los usuarios de los recursos, teniendo siempre como criterio principal el posibilitar la máxima libertad a la hora de dar o no respuesta a las cuestiones formuladas, así como siendo sumamente pulcros con la norma esencial de confidencialidad en cuanto a la identidad de quien procedía a dar respuesta a dicho cuestionarios.

Intentamos que el proceso de proporcionar respuesta a las cuestiones formuladas en el cuestionario formase parte de la dinámica habitual en un día a día de los residentes. Por tanto que se entendiese como una actividad más en su acción terapéutica y que no se percibiese como un “examen puntual” demandado por un “actor extraño al proceso,” posibilitando a los profesionales por tanto a que realizaran la recogida de datos en el momento más oportuno bajo su criterio profesional en el desarrollo de dicho proceso terapéutico, no alterándose el normal devenir de su ciclo vital residencial.

Nos hemos encontrado con amplias y diversas dificultades en el proceso, dificultades que podemos decir que no han sido por igual en los diferentes centros, ni entre los mismos profesionales ni usuarios. Pudiendo



destacar como dificultad más notable en los profesionales las dudas y dificultades para dar respuesta a ciertas cuestiones que en pudiesen poner en “cuestión” a la propia estructura de la comunidad, donde ya en este momento destacamos las referentes con los aspectos de educación para la ciudadanía. Si bien pudiese ser este hecho motivado por el clima generado en la sociedad española en torno a lo relativo a educación para la ciudadanía en las fases finales del desarrollo de la investigación.

Por el contrario las dificultades encontradas en los usuarios del recurso vienen básicamente motivadas a las dificultades derivadas de del deficiente nivel educativo que aún muchos de ellos presentaban.

Una vez obtenidos todos los datos procedimos a su procesamiento y tratamiento estadístico en el Centro de Cálculo de la Universidad Complutense de Madrid. Y al respecto diremos que tras dicho tratamiento estadístico de dichos datos, corresponde en este momento a la organización de los mismos para facilitar su tratamiento. Para ello se puede establecer su clasificación en tablas o matrices donde quedan claramente organizados en función de cada variable y aspecto a analizar, tal y como ocurre en nuestro estudio. Pero también debemos resaltar que cuando la información es cuantitativa los datos pueden introducirse en matrices de programas informáticos como es el caso del SPSS. Y posteriormente estas matrices permitirán el análisis estadístico de los datos.

### **5.1.1 Objetivos del cuestionario**

En este apartado cabe destacar la necesidad de resaltar unos objetivos de investigación que pretendemos dejar patentes mediante la aplicación del cuestionario en cada uno de los grupos que constituyen la muestra.

Hemos creído adecuado establecer los siguientes objetivos en cada uno de los cuestionarios empleados:

**5.1.1.1.- Cuestionario planteado a los Profesionales de las Comunidades Terapéuticas:**

1.-Conocer la edad, antigüedad en la actividad, formación académica de acceso y experiencia laboral previa. Conocer el perfil del profesional que trabaja en el campo de las adicciones.

2.-Conocer el nivel de satisfacción en el desempeño de la acción educativa y el deseo de cambio.

3.-Analizar si los profesionales han interiorizado su papel como educadores y habilitadores de una nueva realidad social a los educandos-adictos que mejoren su calidad de vida de manera integral.

4.-Analizar el nivel de interacción/intervención educador-profesional /educando –usuario del recurso.

5.-Valorar los potenciales campos de acción educativa en las Comunidades Terapéuticas por su importancia en el resultado de mejora personal buscado en el educando.

6.-Analizar la adecuación y suficiencia de cada uno de las intervenciones educativas planteadas en los programas terapéuticos desarrollados.

7.-Conocer y valorar la potencial traslación de los conocimientos de los educadores a los educandos –usuarios del recurso.

8.- Analizar la formación adquirida con carácter previo al desarrollo profesional del educador y la aportada durante el mismo.

9.-Conocer los conocimientos previos y adquiridos en el desarrollo profesional en contenidos como Valores y Ciudadanía, analizando su validez y suficiencia en su caso.

10.-Analizar las necesidades de ampliación de formación de los profesionales delimitando las áreas o contenidos de mayor necesidad.

#### **5.1.1.2.-Cuestionario planteado para los usuarios:**

1.- Conocer la edad, sexo, formación académica y antigüedad en el consumo de los usuarios de los recursos .Conocer el perfil del usuario-educando objeto de la transformación/intervención biopsicosocial y transformación educativa.

2.-Valorar la antigüedad en el consumo y la utilización de este tipo de recursos mostrando su carácter y las preferencias, así como la influencia que la propia ubicación del recurso puede presentar en la acción terapéutica desarrollada.

3.-Analizar la frecuencia de las recaídas, como indicador de la cronicidad de proceso, así como el éxito o no del proceso terapéutico.

4.-Valorar el nivel de asociación establecido por el usuario entre adicción y conflictividad social/exclusión.

5.-Analizar la participación del usuario en actividades de carácter educativo, su validez, adecuación y suficiencia, así como su proyección en el educando.

6.- Valorar el nivel de preferencias en cuanto a interrelación con los profesionales en el entorno cerrado.

7.- Valorar la importancia asignada a cada área de intervención en el programa terapéutico.

8.-Valorar la presencia o ausencia de contenidos específicos en Valores y Ciudadanía en los contenidos formativos y actividades diarias efectuadas.

9.-Establecer la existencia o ausencia de conocimiento en este grupo educativo de valores y de derechos y deberes cívicos, así como su permanencia en caso de poseerlos ante episodios de consumo posteriores al tratamiento.

10.-Analizar el valor asignado por los usuarios a cada área de intervención terapéutica así como valorar el encuadre que realizan de los conceptos valores y ciudadanía dentro de cada una de ellas.

## **5.2. Universo y ámbitos de aplicación del cuestionario**

Además de identificar adecuadamente las variables, para que la investigación pueda llevarse a cabo se necesita contar con sujetos que reúnan las características acordes con el tema y con las variables que se pretenden estudiar.

Los cuestionarios se han formulado pensando en dos grupos claramente diferenciados para su aplicación pero dentro de un mismo contexto educativo:

Grupo 1: Profesionales de las Comunidades Terapéuticas Públicas o Concertadas del Campo de Gibraltar.

Grupo 2: Usuarios con conductas adictivas sobre los que van a realizarse la intervención terapéutica y evidentemente, educativa.

En relación al grupo de profesionales, fundamentalmente se trata de un grupo multidisciplinar, donde nos planteamos la duda inicial relativa a si están

adecuadamente formados para la realización de su acción profesional, es básicamente en aquellos que bajo el epígrafe genérico de monitores son los profesionales que permanecen un mayor periodo de tiempo en contacto con los residentes-usuarios –educandos en el día a día.

Pertenecen estos profesionales a las plantillas de tres comunidades terapéuticas: Centro Tarifa y Centro La Línea, de la ya desaparecida Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias e Inserción Social, hoy Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Y, por otro lado, también se incluyen los profesionales del Centro Terapéutico Manantial- Asociación Comarcal para la Atención de los Toxicómanos (ACAT), que cuenta con concierto de plazas con la administración pública.

Destacaremos que no todos los profesionales han querido participar en el estudio y alguno de ellos que, participando, no formulan respuesta a todas las cuestiones planteadas. En nuestra opinión ello viene motivado a la incertidumbre laboral que acompaña en estos momentos de dificultad económica a los diferentes recursos existentes. Por ello, quizás, presentan una “duda razonable” al plantearse responder determinadas cuestiones que, si bien en otros momentos se veían como innovadoras, progresistas o avanzadas, hoy pueden verse valoradas como inadecuadas, faltas de contenido o fuera de contexto. Nos referimos, en especial, al impulso que en los ámbitos educativos se planteó con la asignatura Educación para la Ciudadanía y fundamentalmente con sus contenidos y que hemos querido trasladar también a este contexto educativo no reglado que constituyen las Comunidades Terapéuticas.

En cuanto a los usuarios, destacamos las especiales características que estos presentan tanto en el campo educativo a nivel específico, como a nivel general. A ello, debemos añadir el contexto en el que se desarrolla la aplicación del cuestionario, un contexto de encierro, con unas normas de funcionamiento, que hacen que su estancia en el centro asistencial se asemeje en aspectos a la vida dentro de instituciones con privación de libertad. Todo ello puede también condicionar, desde nuestro punto de vista, la respuesta emitida y que

básicamente sea efectuada tan solo para satisfacer la petición formulada y no con un afán propiamente de colaboración en la investigación. Destacaremos que dichas consideraciones se han tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

Queremos manifestar que hemos desarrollado nuestra investigación con una muestra de usuarios heterogénea en cuanto a su procedencia geográfica, motivado en el hecho que el origen geográfico de los residentes adictos no es coincidente, ni tiene porqué serlo, con la zonificación geográfica de nuestra investigación, al procederse a la asignación de plazas residenciales directamente por parte de los órganos pertinentes de la Administración Andaluza. Todo ello pone de manifiesto que el factor residencial del usuario no es el más determinante en la asignación de dicho recurso, sino la idoneidad o no del propio recurso en si mismo, en base a los datos diagnósticos previos de los que se disponen los profesionales. Pero si diremos que, siendo todos ellos pertenecientes a la Comunidad Autónoma Andaluza, los resultados obtenidos pueden servirnos para extrapolar y darnos una visión global de qué ocurre en el resto de la geografía andaluza ante las cuestiones abordadas en el cuestionario planteado. De igual modo queremos destacar que los enclaves terapéuticos, los recursos, están en medio rural Centro Tarifa y Centro Manantial, éste último perteneciente a la asociación ACAT) y en medio urbano (Centro La Línea), por lo que el entorno de desarrollo se valora también en el cuestionario.

El número de usuarios que pueden residir en estos centros de tratamiento/comunidades terapéuticas es de:

-Centro La Línea: 30 usuarios máximo.

-Centro Tarifa: 50 usuarios máximo.

-Centro Manantial: 22 usuarios.

Tendiendo en cuenta todo lo anterior, el universo de nuestra investigación viene determinado por:

Grupo 1- Profesionales: 36.

Grupo 2- Usuarios: 97 sobre un total de 112 ( participa el 86%)

Total de la muestra analizada: 133 personas.

### **5.3. Diseño del cuestionario**

A continuación, en este apartado, creemos necesario explicitar y caracterizar los dos cuestionarios diseñados y que constituyen la herramienta fundamental en nuestra investigación.

#### **5.3.1. Estructura**

El modelo de cuestionario que se ha presentado tanto para su aplicación en profesionales como el planteado para el caso de los usuarios del recurso se puede definir en ambos casos como cuestionarios semi-estructurados, presentando como a continuación se relaciona:

- Un primer tipo de preguntas a elegir respuesta entre sí y no
- Un segundo tipo de preguntas que supone elegir entre varias opciones.
- Un tercer tipo de preguntas donde la respuesta consistirá en ordenar las diversas opciones ofertadas asignándoles desde un valor máximo (al que le asimilamos el dígito 1) a otro valor mínimo (al que equiparamos con el dígito 4).

- Un cuarto tipo de preguntas de carácter abierto, donde libremente se pueden exponer ideas por los encuestados.

El total de las preguntas que conforman nuestro cuestionario para profesionales asciende a 38 y el formulado para usuarios asciende al mismo número.

Se han formulado todas las cuestiones con un lenguaje sencillo y claro, adaptado a las previsiones sobre los perfiles que podíamos ya disponer, tanto de los profesionales a quienes nos dirigíamos, como de los usuarios de los recursos (considerando la edad y el nivel cultural de las personas que responderían el cuestionario). De igual manera se han planteado ambos cuestionarios con un máximo de precisión.

### **5.3.2. Cuestionario para profesionales**

En cuanto al contenido, en el caso del cuestionario de profesionales se pueden agrupar en los siguientes niveles:

- 1.- Un primer nivel relativo a la identificación personal, profesional y académica.
- 2.- Un segundo nivel sobre su trayectoria profesional, nivel de satisfacción e inquietudes.
- 3.-Un tercer nivel sobre el desempeño de su actividad profesional en la actualidad en el recurso asistencial.
- 4.-Un cuarto bloque referido a la formación previa y a la recibida en el desarrollo profesional.



5.- Un quinto sobre los contenidos, suficiencia y adecuación en la formación en la carga educativa tanto en Valores como en Ciudadanía.

6.- Un sexto basado en las necesidades de formación y su reflejo en el usuario-educando.

#### **5.3.2.1. Modelo de cuestionario para profesionales**

**1. Edad**

**2. Sexo**

a. Femenino

b. Masculino

**3. Titulación académica a través de la cual accedió a su puesto de trabajo**

a. Licenciatura en Ciencias Sociales

b. Diplomatura en Ciencias Sociales

c. Licenciatura en Ciencias de la Salud

d. Diplomatura en Ciencias de la Salud

e. Otros

**4. Titularidad del Centro de trabajo**

a. Público

b. Privado

- c. Privado- Concertado

**5. Puesto de trabajo que desempeña en la Comunidad Terapéutica**

- a. Director/a
- b. Psicólogo/a
- c. Médico/a
- d. DUE
- e. Educador/a
- f. Monitor/a
- g. Administrativo/a
- h. Personal de servicios (cocina, limpieza, mantenimiento)

**6. Antigüedad en el puesto de trabajo**

- a. Menos de un año
- b. Entre 1 y 3 años
- c. Más de 3 años

**7. Duración de su jornada laboral**

- a. Menos de 35 horas semanales
- b. 35 horas semanales
- c. Más de 35 horas semanales

**8. Experiencia laboral con personas adictas**

- a. Menos de 1 año
- b. Entre 1 y 3 años
- c. Más de 3 años

**9. Experiencia laboral en puesto similar al que actualmente desempeña**

- a. Menos de 1 año en un puesto similar
- b. Más de 1 año en un puesto similar
- c. Más de 3 años en un puesto similar

**10. Valore el nivel de satisfacción en el desempeño de su labor profesional.**

- a. Muy poco satisfecho con mi trabajo
- b. Poco satisfecho con mi trabajo
- c. Satisfecho con mi trabajo
- d. Muy satisfecho con mi trabajo

**11. Ordene de mayor a menor sus inquietudes profesionales según la población a la que atiende.**

- a. Menores
- b. Mayores
- c. Violencia de género
- d. Minorías étnicas-inmigración

- e. Adicciones
- f. Servicios Sociales Comunitarios
- g. Servicios Sanitarios
- h. Centros Educativos

**12. ¿Cambiaría el sector de población atendida en su labor profesional por otro colectivo?**

- a. Sí
- b. No

**13. Antes de iniciar su trabajo en Comunidad Terapéutica, ¿tenía alguna formación sobre adicciones?**

- a. Sí
- b. No

**14. En caso de respuesta afirmativa diga cuál fue su formación**

**15. En el desempeño de su tarea profesional, ¿realiza atención directa con personas adictas?**

- a. Sí, casi toda mi jornada laboral
- b. Sí, sólo de manera ocasional
- c. No

**16. ¿Entiende que en su actividad profesional existe contenido educativo relevante para el proceso terapéutico?**

- a. Sí, es la base de mi actuación laboral.

b. Si, sólo en situaciones determinadas.

c. No, mi actuación no se vincula a los aspectos educativos.

**17. Marque por orden de importancia, según su perspectiva profesional, los campos de actuación que favorecen la mejora en la calidad de vida de los usuarios (siendo el 1 el valor de mayor importancia y el 4 el de menor)**

a. Social 1 2 3 4

b. Psicológico 1 2 3 4

c. Sanitario 1 2 3 4

d. Educativo 1 2 3 4

**18. Suponga que usted evalúa la acción educativa llevada a cabo en la Comunidad, ordene de mayor a menor los campos de actuación educativa, en función de la realidad que observa en su Comunidad:**

a. Alfabetización

b. Terapia Ocupacional

c. Educación en valores y educación para la ciudadanía

d. Educación para la salud

e. Educación para el ocio y tiempo libre

**19. ¿Qué tiempo semanal ocupa la terapia ocupacional en su Comunidad?**

- a. Más de 8 horas al día
- b. 8 horas al día
- c. Menos de 8 horas al día

**20. ¿Considera suficiente la intervención educativa en Terapia Ocupacional como la fundamental dentro de la acción educativa?**

- a. Sí
- b. No

**21. Del tiempo que se dedica a la intervención educativa qué porcentaje ocupa la educación en valores**

- a. La mayor parte de la acción educativa
- b. Menor que el tiempo dedicado a alfabetización y Terapia Ocupacional
- c. Sólo acciones puntuales

**22. ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación en valores?**

- a. No, porque no es un aspecto fundamental en la acción educativa
- b. Sí, es un aspecto que se trabaja ampliamente que prima sobre otro.
- c. Sólo es un aspecto más a trabajar dentro del programa terapéutico

**23. ¿Del tiempo que se dedica a la intervención educativa qué porcentaje ocupa la educación para la ciudadanía?**

- a. La mayor parte de la acción educativa
- b. Menor que el tiempo dedicado a alfabetización y Terapia Ocupacional
- c. Sólo acciones puntuales
- d. No existe contenido específico en esa materia

**24. ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía?**

- a. No, porque no es un aspecto fundamental en la acción educativa
- b. Sí, es un aspecto que se trabaja ampliamente que prima sobre otros
- c. Sólo es un aspecto más a trabajar dentro del programa terapéutico

**25. ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario?**

- a. Sí
- b. No

**26. Justifique su respuesta**

**27. ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**

- a. Sí
- b. No

**28. En caso afirmativo, ¿qué formación ha recibido?**

**29. ¿La considera suficiente y adecuada?**

- a. Sí, suficiente y adecuada.
- b. Sí, adecuada, pero no suficiente
- c. Ni suficiente, ni adecuada
- d. Sí suficiente pero no adecuada

**30. ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**

- a. Sí
- b. No

**31. En caso afirmativo, ¿qué formación ha recibido?**

**32. ¿La considera suficiente y adecuada?**

- a. Sí, suficiente y adecuada.
- b. Sí, adecuada, pero no suficiente
- c. Ni suficiente, ni adecuada



- d. Sí suficiente pero no adecuada

**33. ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**

- a. Sí
- b. No

**34. En caso afirmativo, ¿qué formación ha recibido?**

**35. ¿La considera suficiente y adecuada?**

- a. Sí, suficiente y adecuada.
- b. Sí, adecuada, pero no suficiente
- c. Ni suficiente, ni adecuada
- d. Sí suficiente pero no adecuada

**36. Ordene de mayor a menor importancia aquellas áreas en las que considera necesario ampliar su formación dentro del campo educativo para el adecuado desarrollo de su actividad profesional**

- a. Valores y Ciudadanía
- b. Educación para el ocio y el tiempo libre
- c. Educación para la Salud
- d. Técnicas de dinámicas de grupo

**37. ¿Considera necesario la formación en valores y ciudadanía para los usuarios de Comunidad Terapéutica igual que se forman a los alumnos de Educación Secundaria y Educación Primaria?**

- a. Sí
- b. No

**38. En relación con la integración social del usuario, indique la importancia que tiene la acción educativa en ese proceso.**

- a. Muy alta
- b. Alta
- c. Media
- d. Poco relevante

### **5.3.3. Cuestionario para usuarios**

La justificación de la elaboración de un cuestionario a los usuarios de los servicios asistenciales en materia de adicciones viene motivada por el hecho de que hemos partido desde el origen de la presente investigación de la potencial traslación del modelo pedagógico de Freire al medio asistencial en drogodependencias, al conjunto de recursos asistenciales existentes para personas con conductas adictivas y concretamente a las comunidades terapéuticas.

Debemos tomar como punto de referencia el modelo pedagógico de Freire, el nuevo enfoque que aporta del educador, la nueva visión del educador proporcionada por dicho autor y a partir de dicho modelo conseguir una conciencia crítica y una educación liberadora, tan necesarias por carentes en aquellas personas que se ven envueltas en la complejidad de la realidad adictiva como causa de opresión social. En este contexto establecido podemos manifestar, como ya indicaba el profesor Monclús (2008) que el reconocimiento de ser necesario superar la contraposición “educador- educando”, y por tanto admitiendo que todos somos, aunque cada uno en su justa medida, educadores y educandos.

Por ello, tras el análisis efectuado (ver capítulo 3) procedimos a valorar e interpretar los mismos con más detalle (ver capítulo 7) la formación recibida por parte de los profesionales que desarrollan su actividad laboral en el recurso asistencial y junto a ello, hemos ido considerando la conveniencia, la idoneidad de dicha formación, y cómo se adapta a lo que ellos mismos entienden como más adecuada en base a la realidad, al día a día vivido. Se planteó por tanto la valoración de esta formación recibida y si ella ha servido para que, bajo el modelo educativo de Freire, se mejoren las condiciones de vida de los usuarios del sistema asistencial, y en todo caso analizar “críticamente” hacia donde debemos de dirigirnos y cual podría ser el papel de la pedagogía en el campo de las adicciones. Nos planteamos qué puede decir la didáctica, la organización educativa y la pedagogía social al abordar las comunidades terapéuticas.

Nuevamente, en el caso de los usuarios, en cada una de las cuestiones formuladas, se va a plantear la tabla de frecuencias obtenida tras tratamiento estadístico, la cual se verá acompañada por una representación gráfica de los valores hallados y finalizamos dicha exposición con la valoración e interpretación de los resultados, como veremos en el capítulo 6.2.

Pero volviendo en este momento a la estructura del cuestionario para usuarios diremos que, analizándola, existen los siguientes bloques de cuestiones formuladas:

1.- Un primer nivel relativo a la identificación personal, académica y de antigüedad en el consumo o en la persistencia de la conducta adictiva.

2.-Un segundo bloque relativo a la utilización del recurso, las características del mismo, número de ingresos, recaídas, altas terapéuticas y problemas legales asociados a la conducta adictiva.

3.- Un tercero relativo a la valoración y participación en actividades educativas.

4.- Un cuarto específico a identificar contenidos educativos referidos a valores y ciudadanía en el programa terapéutico y valorar asimismo su validez futura.

#### **5.3.3.1. Modelo de cuestionario para usuario**

**1. Edad**

**2. Sexo**

- a. Femenino
- b. Masculino

**3. Formación académica:**

- a. Licenciatura
- b. Diplomatura
- c. Bachillerato
- d. Módulos Formativos
- e. Educación Secundaria
- f. Graduado escolar
- g. Otros

**4. Indique el tiempo que lleva consumiendo sustancias o manteniendo una conducta adictiva sin sustancia:**

- a. Menos de un año
- b. Entre uno y tres años
- c. Más de tres años

**5. Titularidad del Centro en el que se encuentra ingresado:**

- a. Público
- b. Privado
- c. Privado- Concertado

**6. Número de ingresos en Comunidad Terapéutica en los últimos 5 años**

- a. Es mi primer ingreso en Comunidad Terapéutica
- b. Entre 1 y 3 ingresos en Comunidad Terapéutica
- c. Más de 3 ingresos en Comunidad Terapéutica

**7. Número de recaídas en los últimos 5 años**

- a. Ninguna
- b. Entre 1 y 3
- c. Más de 3

**8. ¿Ha finalizado el programa terapéutico en alguna ocasión?**

- a. Nunca
- b. Alguna vez
- c. Frecuentemente
- d. Siempre

**9. ¿Cuántas veces ha obtenido alta terapéutica tras su ingreso en Comunidad Terapéutica?**

- a. Nunca
- b. Alguna vez
- c. Frecuentemente
- d. Siempre

**10. ¿Has tenidos problemas legales asociados a tu conducta?**

- a. Sí, relacionadas con mi adicción
- b. Sí, pero no relacionadas con mi adicción
- c. No, no he tenido problemas legales.

**11. ¿Has estado privado de libertad?**

- a. Sí debido a delitos asociados a mi adicción.
- b. Si, por otros motivos no asociados a mi adicción.
- c. No, nunca he ingresado en prisión.

**12. ¿Ha participado en actividades educativas durante su estancia en Comunidades?**

- a. Sí
- b. No

**13. En caso afirmativo explique la actividad educativa en la que ha participado**

**14. ¿Qué ha aprendido con esa o esas actividades educativas?**

**15. ¿Cree que esas actividades educativas le serán útiles cuando finalice el programa terapéutico?**

- a. Sí
- b. No
- c. No se

**16. ¿Con qué grupo de profesionales preferiría compartir mayor tiempo en su estancia en la Comunidad para la mejora de su programa terapéutico?**

- a. Psicólogos
- b. Educadores, Monitores, maestros de taller
- c. Profesionales sanitarios
- d. Personal de servicios (Mantenimiento, limpieza, cocina)
- e. Profesionales de trabajo social
- f. Profesionales de administración

**17. ¿Cree que le sirve para su tratamiento todas las actividades que realiza? En caso negativo diga cual no**

- a. Sí
- b. No

**18. En caso afirmativo indique cuales son**

**19. Ordene de mayor a menor importancia para su tratamiento desde su punto de vista las distintas áreas de intervención**

- a. Psicológica 1 2 3 4
- b. Educativa 1 2 3 4
- c. Social 1 2 3 4
- d. Sanitaria 1 2 3 4

**20. Las actividades educativas que realiza están orientadas hacia:**

- a. su crecimiento personal
- b. su inserción laboral – social

**21. ¿Cuántas veces ha conseguido una inserción laboral al finalizar una estancia en Comunidad en los últimos 5 años?**

- a. Al menos una vez
- b. Más de una vez
- c. Nunca

**22. ¿Era su objetivo conseguir su inserción laboral al entrar en la Comunidad?**

- a. Sí
- b. No

**23. ¿Cree que los procesos formativos - educativos adquiridos durante su estancia en Comunidad Terapéutica le han servido o le servirán para su actividad laboral futura?**

- a. Sí
- b. No

**24. ¿Conoce el sentido de la palabra valores?**

- a. Sí
- b. No

**25. En caso afirmativo explique qué entiende por valores**



**26. ¿Está presente la formación en valores en las actividades que usted ha realizado en la Comunidad?**

- a. Sí
- b. No

**26. ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?**

- a. Sí
- b. No

**27. En caso afirmativo explique qué entiende por ciudadanía**

**28. ¿Está presente la formación en educación para la ciudadanía en las actividades que usted realiza en la Comunidad?**

- a. Sí
- b. No

**29. Indique el tipo de Comunidad por el que usted optaría**

- a. Comunidad en medio urbano
- b. Comunidad en medio rural

**30. Justifica por qué ha elegido ese medio para su proceso terapéutico**

**31. ¿Cree que si se realiza su intervención en medio urbano favorecerá su posterior incorporación en la sociedad?**

- a. Sí
- b. No, porque aumentarían los riesgos
- c. Es indiferente

**32. ¿Cree que si se realiza su intervención en medio rural favorecerá su posterior incorporación en la sociedad?**

- a. Sí
- b. No, porque aumentarían los riesgos
- c. Es indiferente

**33. ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?**

- a. Sí
- b. No

**34. ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico?**

- a. Sí
- b. No

**35. ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico si tuviese una recaída?**

- a. Sí
- b. No

**36. De estas 4 áreas de intervención dentro de su programa terapéutico ordene de mayor a menor según considere que le sirve de mayor utilidad para sus objetivos personales (siendo el 1 la más útil y el 4 la menos útil)**

- a. Psicológica 1 2 3 4

- b. Social      1   2   3   4
- c. Educativa 1   2   3   4
- d. Sanitaria   1   2   3   4

**37. De estas 4 áreas de intervención dentro de su programa terapéutico, señale con una X a qué área corresponden los contenidos de educación en valores y de educación para la ciudadanía**

	VALORES	CIUDADANIA
ÁREA PSICOLÓGICA		
ÁREA SOCIAL		
ÁREA EDUCATIVA		
ÁREA SANITARIA		

## **CAPÍTULO 6**

# **INTERPRETACIÓN Y VALORACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS CON LA HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN**



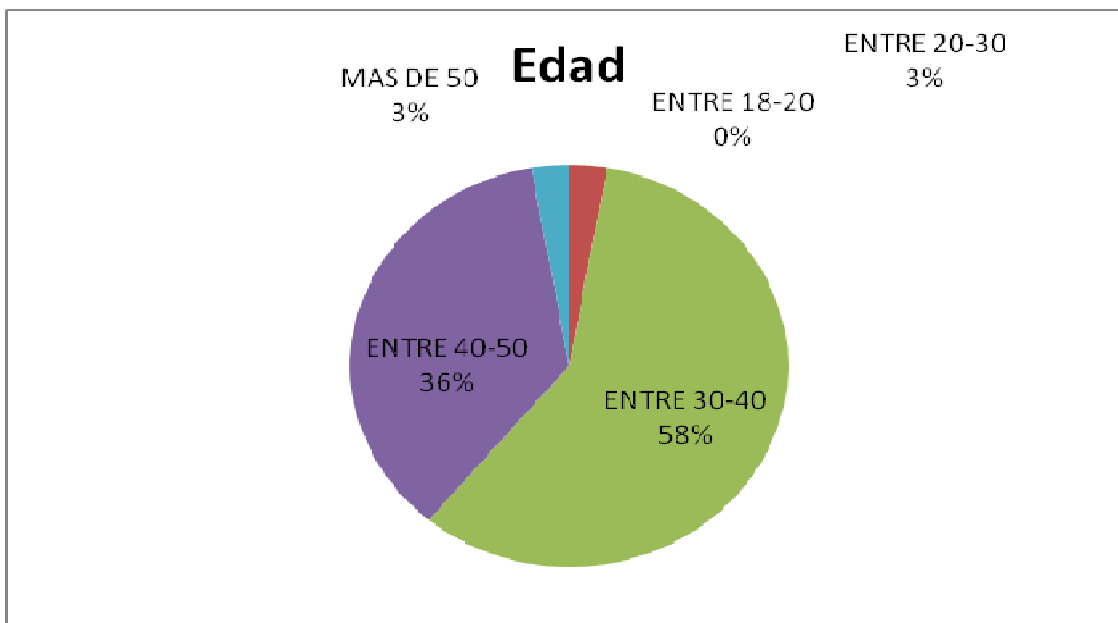
## **6.1. Resultados obtenidos con el cuestionario para profesionales. Valoración e interpretación cuantitativa de los resultados**

Para cada una de las cuestiones formuladas en los correspondientes cuestionarios, distribuidos tanto a los profesionales como a los usuarios de los dispositivos asistenciales, se va a plantear en primer lugar la tabla de frecuencias resultante del tratamiento estadístico oportuno de los datos, tras lo cual se ofrece la representación gráfica de dichas frecuencias estadísticamente consideradas, mediante un diagrama sectorial circular y finalizamos cada apartado valorado con la interpretación de los resultados obtenidos.

En relación con las respuestas cerradas a las cuestiones planteadas en el cuestionario de profesionales tendremos los siguientes resultados:

### **6.1.1.- Edad**

Hemos decidido adoptar el criterio de agrupar la totalidad de las respuestas ofrecidas por los profesionales en relación a la edad en cuatro categorías o rangos favoreciendo así su rápida visualización e interpretación.



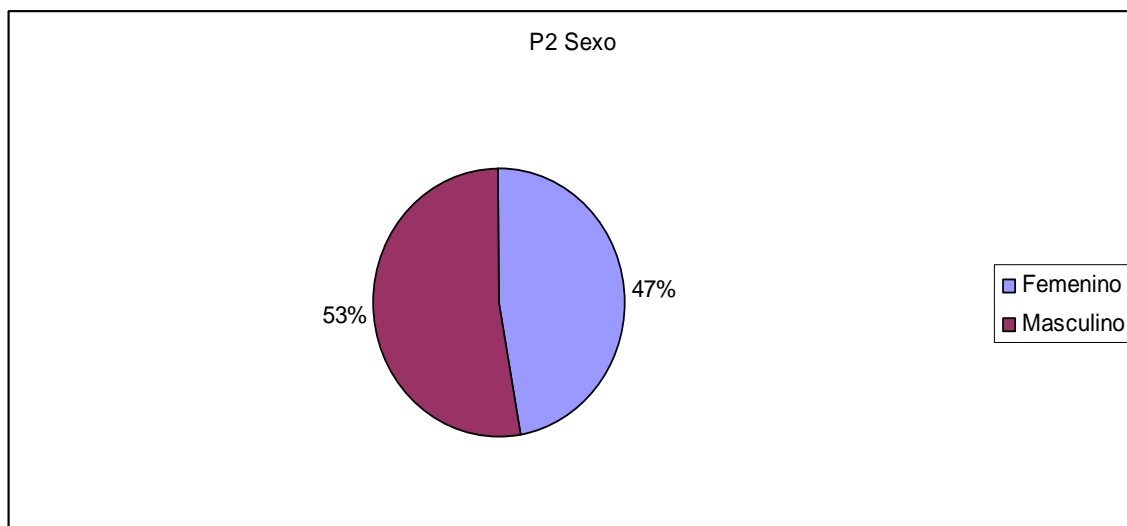
Ante la cuestión “edad”, los resultados obtenidos tras la aplicación de nuestro cuestionario nos ponen de manifiesto que al considerar la totalidad de profesionales que han dado respuesta a la pregunta formulada, el 58.33% tienen edades comprendidas entre los 30 a los 40 años, el 36,11% entre los 40 y los 50 años, existiendo un 2.77% de profesionales que se encuentran con edades superiores a los 50 años e igual proporción cuyas edades están entre los 20 a los 30 años. No existiendo profesionales que tengan edades comprendidas entre los 18 años y los 20 años.

Como valoración de estos resultados obtenidos, podemos apreciar que son pocas las incorporaciones laborales de profesionales de cortas edades que han tenido lugar, siendo notable un amplio mantenimiento de la actividad profesional en este sector en personas cuya edad laboral podríamos denominar media (comprendida entre los 30 a los 40 años). Asimismo podemos apreciar como se ve ligeramente disminuida dicha actividad laboral al ascender en la franja de edad del profesional (de 40 a 50 años), para finalmente indicar que es muy escasa la presencia de personas de edades avanzadas, laboralmente hablando, en este sector de actividad.

### 6.1.2.- Sexo

P2 Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	17	47,2	47,2	47,2
	Masculino	19	52,8	52,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



En relación con el sexo de los profesionales tendremos que el 52.8% de ellos son del sexo masculino frente al 47.2% que pertenecen al sexo femenino.

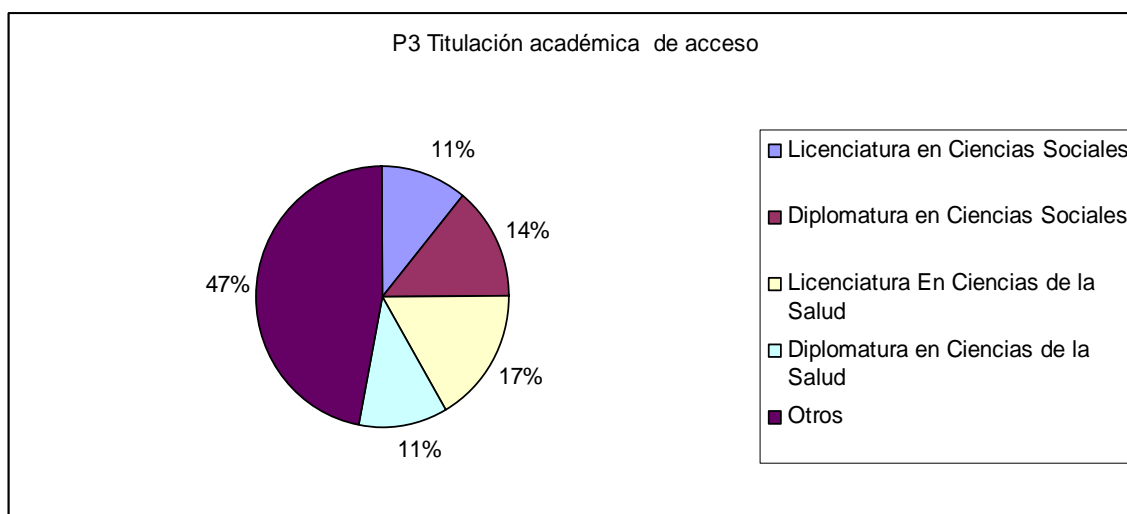
Podríamos decir por tanto que la diferencia porcentual existente entre hombres y mujeres es de 5.6%. Se puede apreciar que en el sector que trabajamos hay una proporcionalidad que podemos entender acertada entre hombres y mujeres. Existe por tanto una adecuada paridad entre hombres y mujeres en este sector profesional a partir de los casos analizados.



### 6.1.3.- Titulación académica de acceso al puesto de trabajo

P3 Titulación académica de acceso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Licenciatura en Ciencias Sociales	4	11,1	11,1	11,1
Diplomatura en Ciencias Sociales	5	13,9	13,9	25,0
Licenciatura En Ciencias de la Salud	6	16,7	16,7	41,7
Diplomatura en Ciencias de la Salud	4	11,1	11,1	52,8
Otros	17	47,2	47,2	100,0
Total	36	100,0	100,0	



Al valorar la titulación académica a través de la cual accedió el profesional en cuestión al puesto de trabajo que desempeña en el momento de ejecución de la investigación, podemos apreciar que el 11.1% correspondían a licenciados en Ciencias Sociales, frente a los grupos más numerosos que eran los correspondientes a los diplomados en Ciencias Sociales (colectivo donde se incluyen los antiguos diplomados en magisterio) y al de licenciados en Ciencias de la Salud (médicos, básicamente), siendo cada uno de ellos porcentualmente el 13.9% y el 16.7% de la totalidad de los profesionales.

Tan sólo el 11.1% corresponden a los anteriormente denominados diplomados en ciencias de la salud (enfermería) y finalmente destacaremos que el 47.2 %de la totalidad de los encuestados se han encuadrado bajo el epígrafe “otros”, a modo de cajón de sastre donde dar encaje al resto de profesionales existentes, constituyendo este último grupo porcentualmente el de mayor número de profesionales que prestan servicio en los recursos asistenciales analizados.

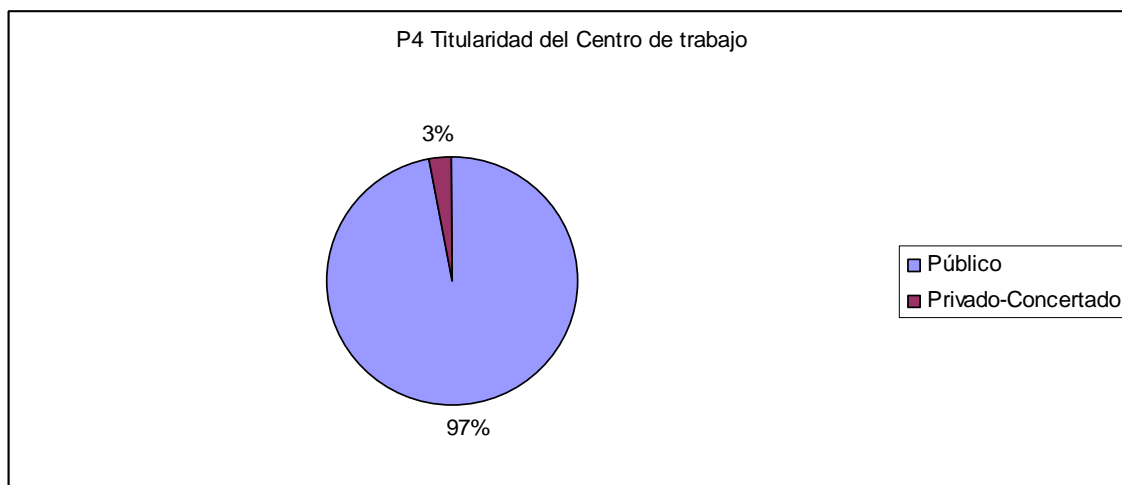
Ante estos resultados podemos apreciar que clasificando por separado a los profesionales de formación académica social y sanitaria del resto, nos encontramos con un primer conjunto profesional, el socio-sanitario, que suponen el 52.8% frente al 47.2% que representa el resto de profesionales existentes que, o bien carecen de cualificación académica o bien disponiendo de ella, no se encuadran en las categorías profesionales (las socio-sanitarias) que tradicionalmente realizan actividad laboral en estos tipos de servicios asistenciales.

Por ello podemos ya aproximar una primera idea de la carencia de profesionales de la educación que desempeñen un verdadero papel educativo, profesionales que provengan del campo de la pedagogía social o de la educación social. Como mas adelante podremos confirmar la mayor parte de los profesionales del campo social corresponden a profesionales de la psicología que se verán acompañados por profesionales del trabajo social.

#### 6.1.4.- Titularidad del Centro de trabajo

P4 Titularidad del Centro de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Público	35	97,2	97,2	97,2
	Privado-Concertado	1	2,8	2,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



Se observa que en relación a la titularidad del centro de trabajo obtenemos que el 97.2% de ellos desarrollan la actividad laboral en centros públicos, no existiendo actividad en exclusividad privada y por el contrario y muy minoritariamente tendremos que el 2.8% de los encuestados que respondieron la cuestión planteada ejercían profesionalmente en centros privados-concertados.

Podemos concluir por tanto que ha existido en todo este periodo de tiempo una clara apuesta por la iniciativa pública en este sector manteniéndose así hasta el momento actual. Existe por tanto una clara interrelación entre las políticas asistenciales de drogas y el sector público, y si bien existen conciertos con la iniciativa constituida en torno al tercer sector, en torno al movimiento asociativo, no ha dejado de mostrar hasta el momento la administración pública un claro interés por estas iniciativas socio-sanitarias. Recordemos aquí que numerosas comunidades terapéuticas tuvieron su origen en iniciativas de corporaciones locales y posteriormente fueron incorporadas a la red autonómica y a la red provincial dependiente de las diputaciones.

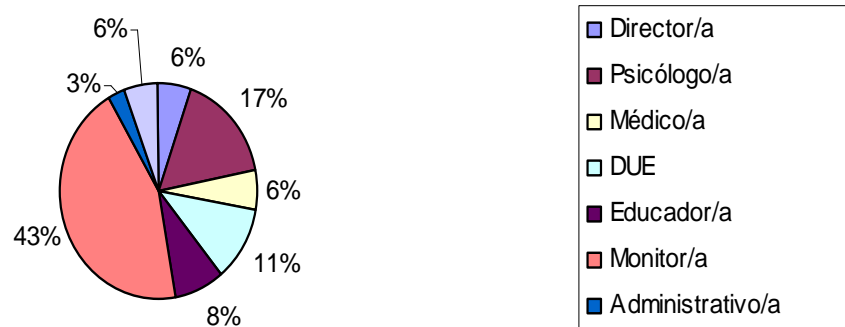
La gran mayoría de los profesionales mantienen por tanto una relación contractual con las Administraciones Públicas, bien directamente o bien a través de Fundaciones, Institutos u otras formas jurídicamente válidas pero, todas ellas, de capital público.

### 6.1.5.- Puesto de trabajo

P5 Puesto de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Director/a	2	5,6	5,6	5,6
	Psicólogo/a	6	16,7	16,7	22,2
	Médico/a	2	5,6	5,6	27,8
	DUE	4	11,1	11,1	38,9
	Educador/a	3	8,3	8,3	47,2
	Monitor/a	16	44,4	44,4	91,7
	Administrativo/a	1	2,8	2,8	94,4
	Personal de servicios	2	5,6	5,6	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

P5 Puesto de trabajo



Al valorar el puesto de trabajo desempeñado en el contexto de la comunidad terapéutica, tendremos que el sector más amplio lo constituyen los clasificados bajo el epígrafe monitores que suponen el 44.4%.

Si consideramos los titulados superiores diremos que existen un 16.7% de profesionales que provienen del campo de la psicología, seguidos de un 11.1% de diplomados en enfermería, de un 8.3% de profesionales que ejercen de educadores, y un 5.5% de médicos e igual proporción prácticamente 5.5% de trabajadores sociales, constituyendo un 2.8% el personal con funciones

administrativas y un 5.6% los profesionales que conforman el personal de servicios.

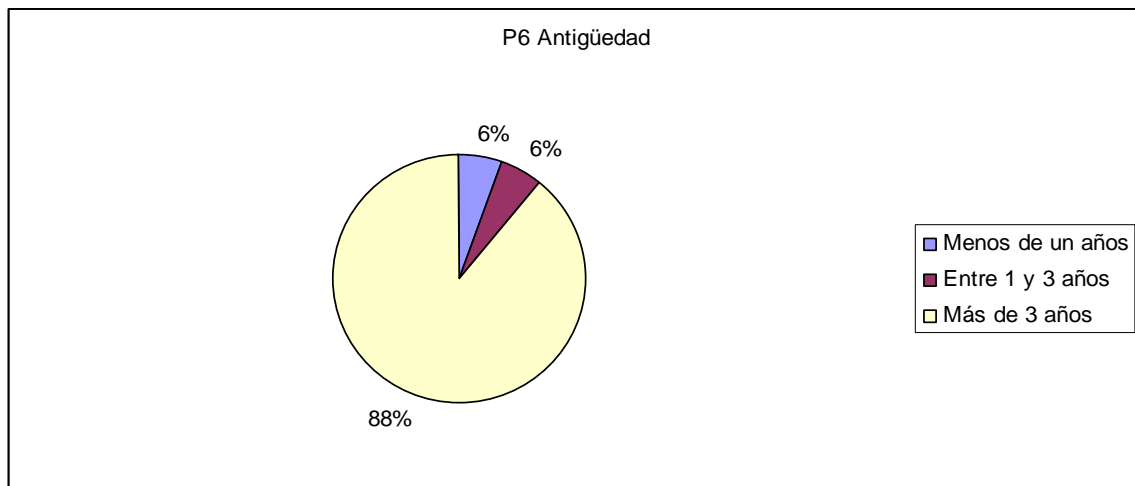
Por último destacar que ejercen funciones de gestión en la dirección de los centros estudiados un 5.6% de la totalidad del personal.

Podemos concluir en esta aproximación que, el conjunto de profesionales con titulación académica universitaria, que se encuentran dentro del campo de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, que desarrollan una actividad profesional en estos recursos asistenciales es del 52.77%, de los cuales los que ejercen como propiamente educadores solo suponen el 8.3% sobre el total de profesionales y suponen el 15.78% de la totalidad de profesionales académicamente con estudios superiores o de grado medio( terminología hoy superada al producirse la entrada en el Plan Bolonia, pero aun presente para los individuos considerados, motivado por la antigüedad en la consecución de sus titulaciones ). Frente a este 52.77% de profesionales altamente cualificados tendremos un 47.23 % de personal que ejercen bien de monitores, bien de personal de administración o de servicios, y que no disponen de cualificación académica elevada o bien si la tienen, no ejercen como tales en su puesto de trabajo.

#### 6.1.6.- Antigüedad en el puesto de trabajo

**P6 Antigüedad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de un años	2	5,6	5,6	5,6
	Entre 1 y 3 años	2	5,6	5,6	11,1
	Más de 3 años	32	88,9	88,9	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



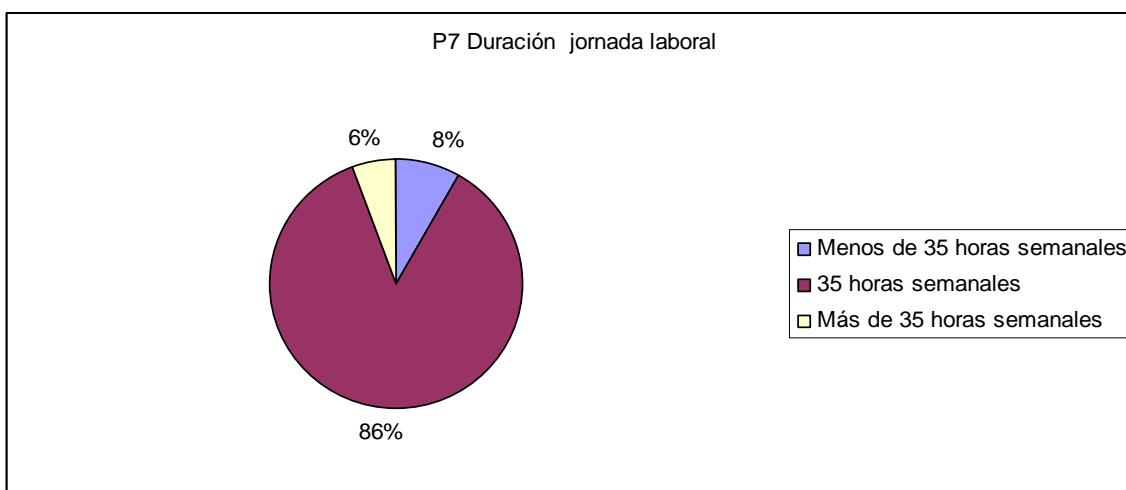
Al proceder a valorar la antigüedad en el puesto de trabajo podemos observar de los resultados obtenidos que el 88.88% de los encuestados disponen de una antigüedad profesional superior a 3 años. Superan pues el trienio de antigüedad en el empleo público, considerando que la mayor parte de los encuestados mantiene una relación laboral con algún ente perteneciente a la administración pública. El 5.6% de los encuestados tienen una antigüedad comprendida entre 1 y 3 años, frente al mismo valor porcentual de 5.6% que es inferior al año de antigüedad.

Por ello una aproximación a estos datos inicialmente nos diría que existen pocas nuevas incorporaciones laborales al sector profesional. La mayor proporción de los profesionales tienen una antigüedad superior a tres años en el puesto, consolidando así su posición en el sector al tratarse de vinculaciones laborales con la administración pública. El hecho que tan sólo el 5.6% represente a los profesionales de menor antigüedad (de 1 a 3 años o menor de 1 año) nos aproxima a la idea de la menor generación de empleo en este sector en el momento actual así como también a la menor preferencia por el sector atendido.

### 6.1.7.- Duración de la jornada laboral

P7 Duración jornada laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 35 horas semanales	3	8,3	8,3	8,3
	35 horas semanales	31	86,1	86,1	94,4
	Más de 35 horas semanales	2	5,6	5,6	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



Ante la pregunta relativa a la duración de la jornada laboral, cumplen con el precepto (ya superado tras la nueva legislación laboral) de las 35 horas semanales en su jornada laboral el 86.11% del personal.

Presentan un exceso de jornada tan sólo el 5.55% de la totalidad y coinciden con el personal directivo y por el contrario el 8.33% de los profesionales tienen una relación laboral por un periodo inferior a las 35 horas semanales, correspondiéndose a contrataciones a tiempo parcial.

Al tratarse de centros asistenciales que de manera directa o indirecta se encuentran vinculados a la Administración pública no existen divergencias con ella en cuanto a la jornada laboral. Las excepciones se producen al existir profesionales gestores de los servicios (dirección) donde existe una mayor

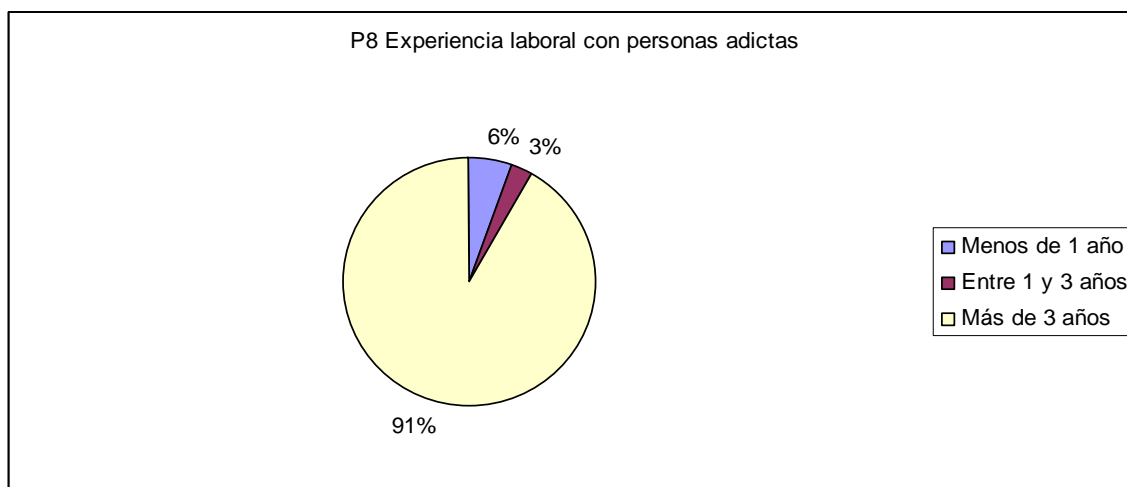
flexibilidad horaria y una especial atención al servicio asistencial o bien como consecuencia de tratarse contratos de duración determinada vinculados a situaciones profesionales concretas.

Finalmente en esta cuestión debemos de dejar constancia que hay que tener en cuenta el momento en el cual se realizó la encuesta la normativa laboral vigente del momento establecía una jornada laboral de 35 horas semanales que en la actualidad ha sido modificada hasta el cómputo semanal de 37,5 horas tras la reforma laboral realizada.

#### 6.1.8.- Experiencia laboral con personas adictas

**P8 Experiencia laboral con personas adictas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 1 año	2	5,6	5,6	5,6
	Entre 1 y 3 años	1	2,8	2,8	8,3
	Más de 3 años	33	91,7	91,7	100,0
	Total	36	100,0	100,0	





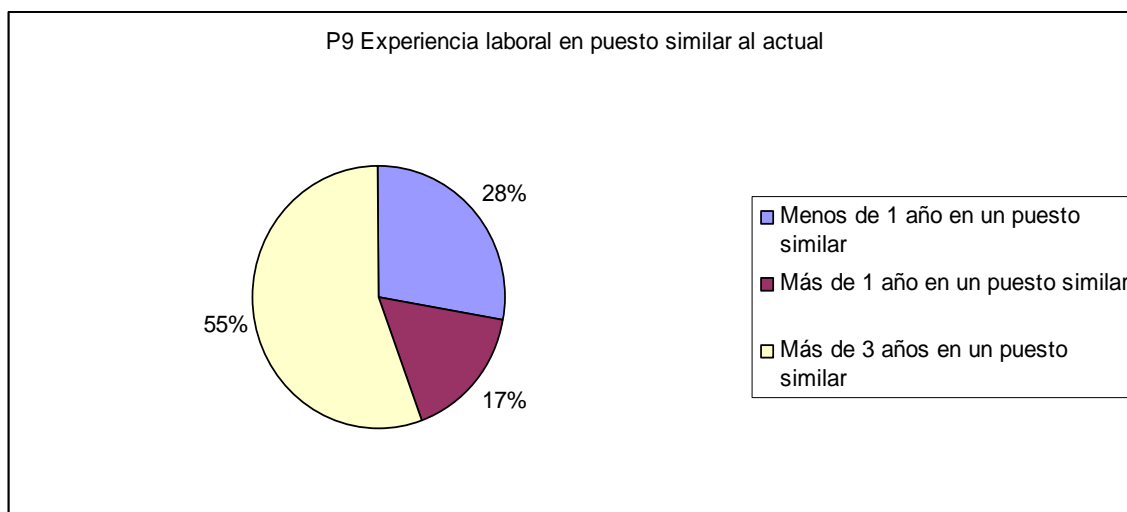
Al preguntar sobre cual era la experiencia laboral con personas adictas previa al actual desempeño profesional nos encontramos con el hecho que el 91.66% disponían de más de tres años de experiencia laboral frente al 5.55% cuya experiencia no superaba el año y el 2.77% que estaba comprendida ente 1 y 3 años.

Puede hacernos ver esta aproximación que los profesionales que trabajan en este sector en el ámbito público provienen de actividades vinculadas al mismo sector. En este apartado conviene resaltar que la permanencia superior a los tres años puede llevarnos a entender que esta continuidad laboral como reflejo de un amplio nivel de satisfacción con el sector a tratar como plantearemos en otras cuestiones formuladas en la encuesta. Si bien dicha experiencia laboral podría corresponderse a las desarrolladas en el tercer sector, dentro del movimiento asociativo, como primeras e incipientes iniciativas laborales motivadas más por razones de oportunidad que por satisfacción con el sector abordado y que posteriormente le han facilitado su incorporación ya en la red asistencial pública.

#### 6.1.9.- Experiencia laboral en puesto similar

P9 Experiencia laboral en puesto similar al actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 1 año en un puesto similar	10	27,8	27,8	27,8
	Más de 1 año en un puesto similar	6	16,7	16,7	44,4
	Más de 3 años en un puesto similar	20	55,6	55,6	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



Al profundizar sobre experiencia laboral en puesto similar al que actualmente ocupa el 55.5% de los encuestados poseían una experiencia superior a 3 años en puesto igual al que ahora desempeñan. Por otro lado el 2.77% tienen una experiencia inferior a un año y representa el 1.66% tan sollos que se encuentran entre uno y tres años.

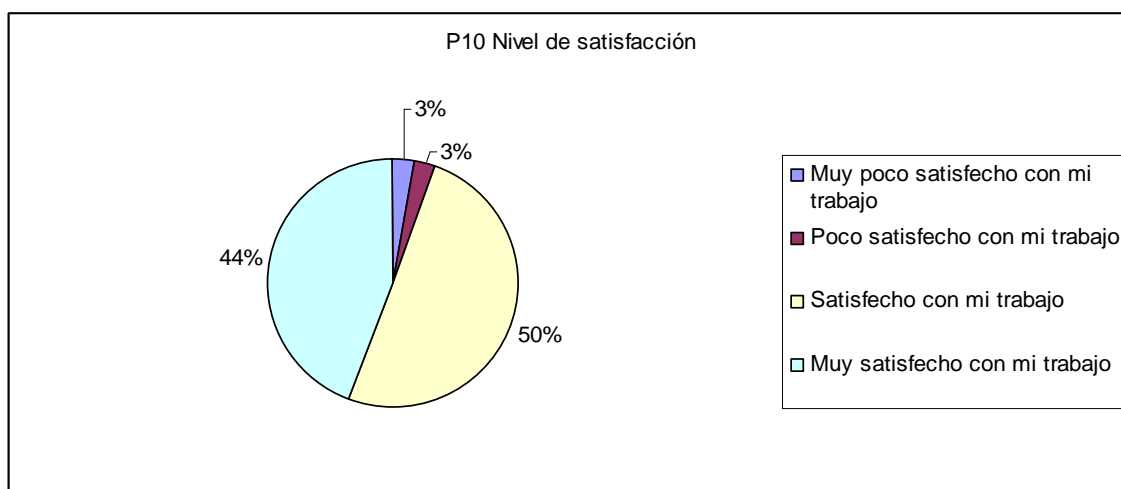
Refuerza este dato la apreciación antes realizada, donde parece existir una vinculación previa al sector poblacional atendido mediante un desarrollo profesional previo en organizaciones no gubernamentales implicadas con el sector, para posteriormente desarrollar esa misma actividad en servicios asistenciales vinculados en nuestro caso a la Administración Pública.

En ella se han superado como vimos en muy alta proporción los tres años de duración en cuanto a la continuidad de la actividad profesional. Llevándonos este resultado obtenido a pensar en la relación existente entre continuidad laboral en el sector y satisfacción profesional.

### 6.1.10.- Nivel de satisfacción en la actividad profesional

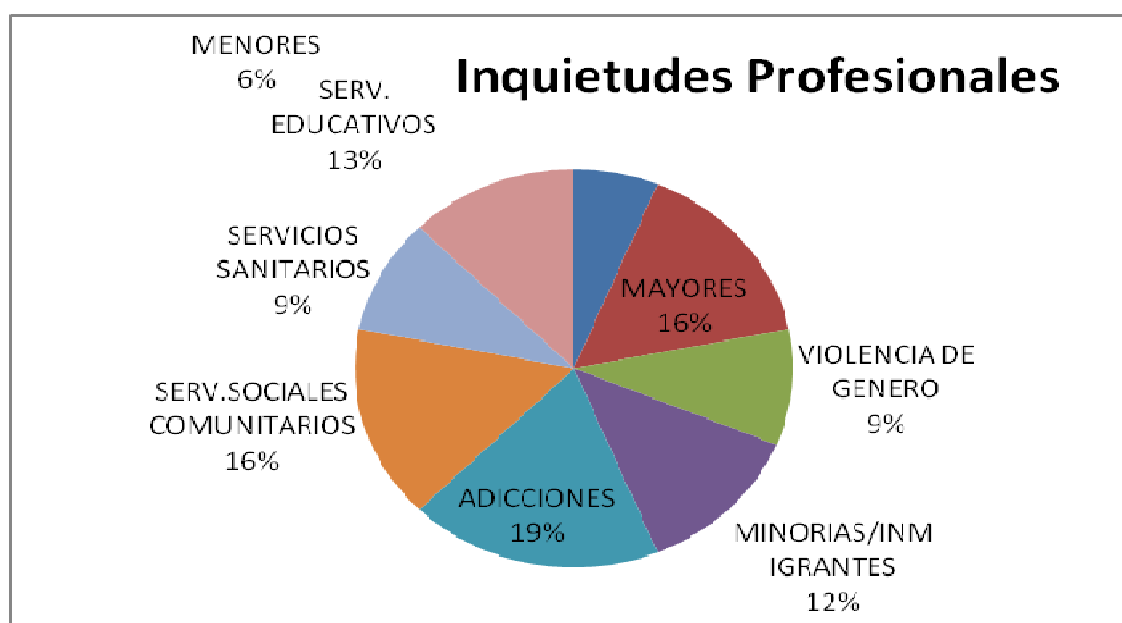
**P10 Nivel de satisfacción**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy poco satisfecho con mi trabajo	1	2,8	2,8	2,8
	Poco satisfecho con mi trabajo	1	2,8	2,8	5,6
	Satisfecho con mi trabajo	18	50,0	50,0	55,6
	Muy satisfecho con mi trabajo	16	44,4	44,4	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



Al plantearnos el nivel de satisfacción en el desempeño de su labor profesional hemos podido apreciar que el 55.55% de los encuestados muestran sentirse satisfechos con su actividad actual. En la categoría de muy satisfechos tendríamos al 38.88% y frente a ellos estarían un 2,77% que manifiestan encontrarse poco satisfechos y en igual proporción (2.77%) los que indican sentirse muy poco satisfechos. Al valorar estos datos diremos que el 94.43% se encuentra con un amplio nivel de satisfacción en su quehacer profesional frente al descontento plasmado por un 5.57% de los encuestados.

### 6.1.11.- Inquietudes profesionales según la población a la que atiende



Solicitamos en esta ocasión que los profesionales valoren de mayor a menor los diferentes sectores poblacionales que son objeto de intervención socio-sanitaria, tomando como criterio la asignación del máximo valor (1) al sector que les generen mayores inquietudes profesionales y valor (8) al de menor interés. Así nos encontramos en nuestra investigación al valorar globalmente las respuestas emitidas con el hecho que el campo de las adicciones adquiere el mayor número de apoyos en cuanto a la generación de inquietudes profesionales. No generan porcentualmente igual inquietud entre los encuestados campos de trabajo como acciones contra la violencia de género, las minorías étnicas, la inmigración así como los propios servicios sanitarios. Están presentes entre las máximas valoraciones, aunque en un porcentaje ligeramente inferior, los servicios educativos (el 13 % de los profesionales le asignan el valor correspondiente al máximo interés), así como los sectores más tradicionales de servicios sociales comunitarios y de

intervención especializada con mayores (considerándolos dentro de los servicios sociales especializados que representan en ambos casos el 16% de las respuestas vinculadas a una elevada inquietud profesional), frente a otro colectivo como es el de los menores, que proporcionalmente disponen de la asignación de alto valor de inquietud profesional en el 6% de los encuestados.

Al ordenar las valoraciones obtenidas, el segundo sector de mayor interés profesional lo ocuparía el correspondiente a las políticas sociales comunitarias con un 25% de las respuestas que le asignan el máximo valor y de igual forma por el trabajo profesional en el campo de mayores. Podríamos establecer que quizás sean los dos campos de actividad que ofrecen mayores posibilidades hoy día a la empleabilidad, ya que por un lado están los dispositivos (centros) de los servicios sociales comunitarios, que constituyen la estructura básica de los servicios sociales de Andalucía, estarán presentes en todos los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de manera obligatoria al ser su gestión una obligación competencial establecida por la Ley de Bases de Régimen Local y por la Ley 2/1988 de 4 de abril de servicios sociales de Andalucía. Y por otro destacaremos el impulso que la Ley para la Promoción de la autonomía personal y la atención a personas en estado de dependencia y a las familias supone para el conjunto de profesionales de lo social en cuanto a posibilidades laborales ofertadas.

El resto de los campos de actuación en la “esfera de lo social” que fueron planteados en el cuestionario, tanto el campo de menores, las minorías étnicas e inmigración y las políticas de igualdad y contra la violencia de género se encuentran encuadrados dentro las propias áreas de actuación de los servicios sociales, tanto comunitarios como especializados. Por ello podemos manifestar que mayoritariamente el conjunto de profesionales valorados exponen en un 59% su mayor inquietud profesional hacia esta “área global de intervención social” y frente a la cual tendríamos el 13% que representarían una clara apuesta hacia el campo educativo y un 9% que tan sólo orientan sus inquietudes hacia el campo sanitario. Queremos por tanto dejar constancia en este punto la potencial valoración de estos resultados para mostrarnos que considerando independientemente las adicciones y no englobándolas ni en el

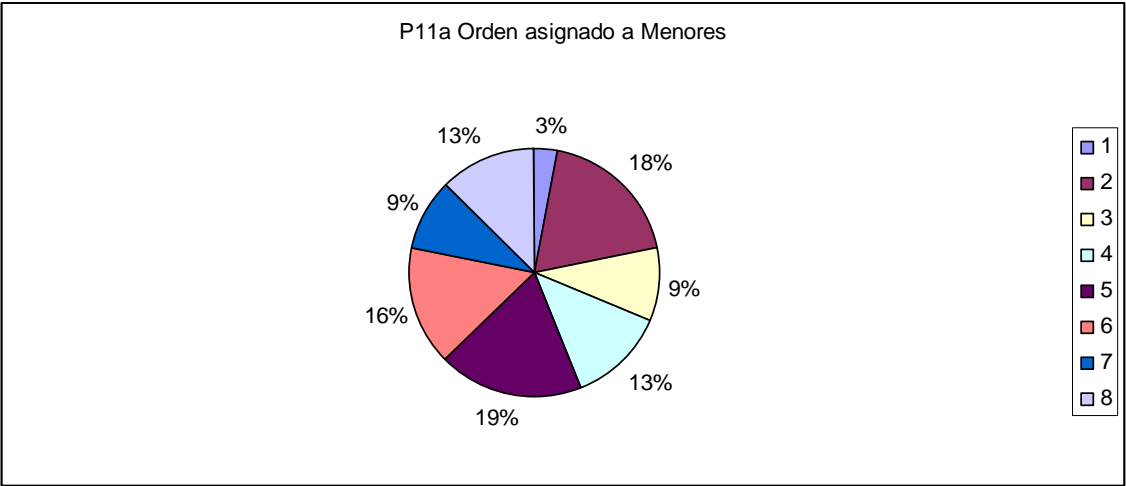
área social propiamente dicha ni en el área sanitaria (donde de incluirse representaría un 28% ya de inquietud predominante) sigue siendo un sector lo suficientemente atractivo al menos en base a las respuestas obtenidas.

Hemos querido a continuación dejar constancia de las respuestas que en cada sector de actividad planteado fueron emitidas por los profesionales participantes en nuestra investigación. Y desde esta individualizada valoración de cada sector poder ir extrayendo conclusiones al respecto.

#### a.-Menores

P11a Orden asignado a Menores

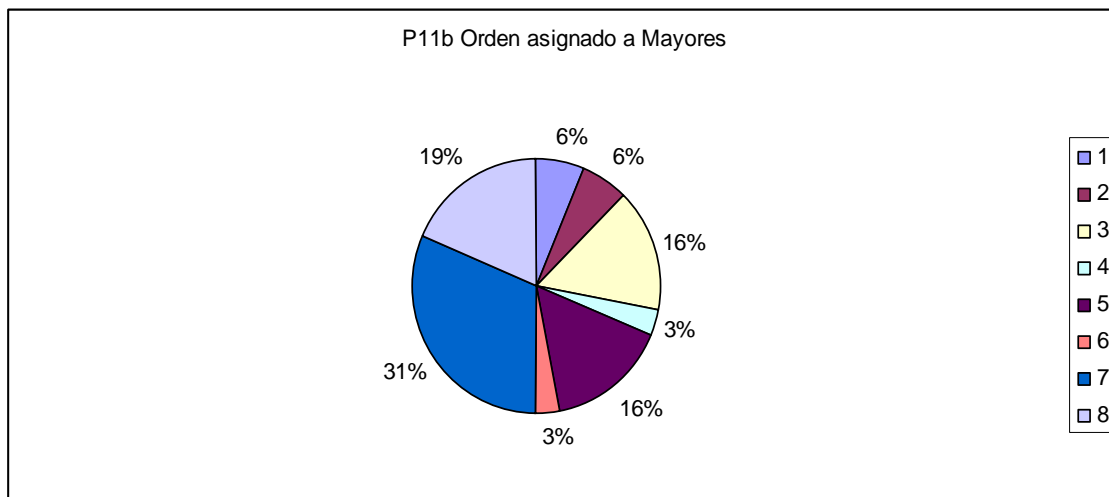
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	2,8	3,1	3,1
	2	6	16,7	18,8	21,9
	3	3	8,3	9,4	31,3
	4	4	11,1	12,5	43,8
	5	6	16,7	18,8	62,5
	6	5	13,9	15,6	78,1
	7	3	8,3	9,4	87,5
	8	4	11,1	12,5	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	11,1		
Total		36	100,0		



Tras el tratamiento estadístico correspondiente tendremos que el sector de Menores presenta un 3.1% de profesionales que le asignan un valor máximo de inquietud profesional frente al 12.5% que lo sitúan en la última posición de sus intereses laborales.

**b.-Mayores**

P11b Orden asignado a Mayores					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	5,6	6,3	6,3
	2	2	5,6	6,3	12,5
	3	5	13,9	15,6	28,1
	4	1	2,8	3,1	31,3
	5	5	13,9	15,6	46,9
	6	1	2,8	3,1	50,0
	7	10	27,8	31,3	81,3
	8	6	16,7	18,8	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	11,1		
Total		36	100,0		



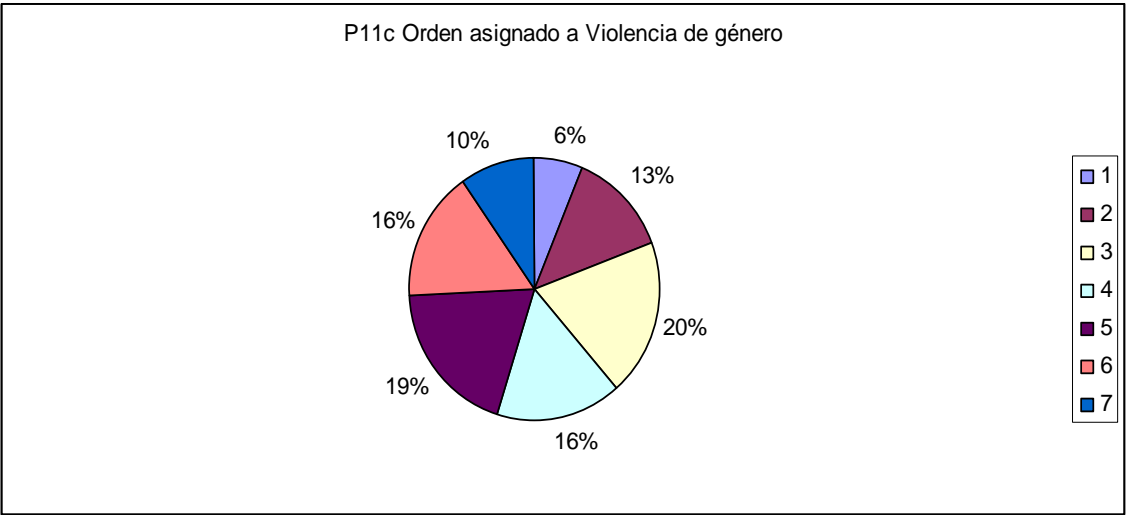
Al considerar el sector de Mayores de manera individualizada vemos que supone máximo interés para un 6.3% de los encuestados frente al 18.8% que manifiestan que dicho interés ocupa su última valoración. A pesar del gran del gran impulso que la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a personas en situación de dependencia y a las familias ha supuesto para este sector de actividad social profesional no adquiere en nivel de inquietud profesional la posición que quizás hubiésemos pronosticado.

### c.- Violencia de género/Igualdad

P11c Orden asignado a Violencia de género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	5,6	6,5	6,5
	3	4	11,1	12,9	19,4
	4	6	16,7	19,4	38,7
	5	5	13,9	16,1	54,8
	6	6	16,7	19,4	74,2
	7	5	13,9	16,1	90,3
	8	3	8,3	9,7	100,0
	Total	31	86,1	100,0	
Perdidos	Sistema	5	13,9		
Total		36	100,0		

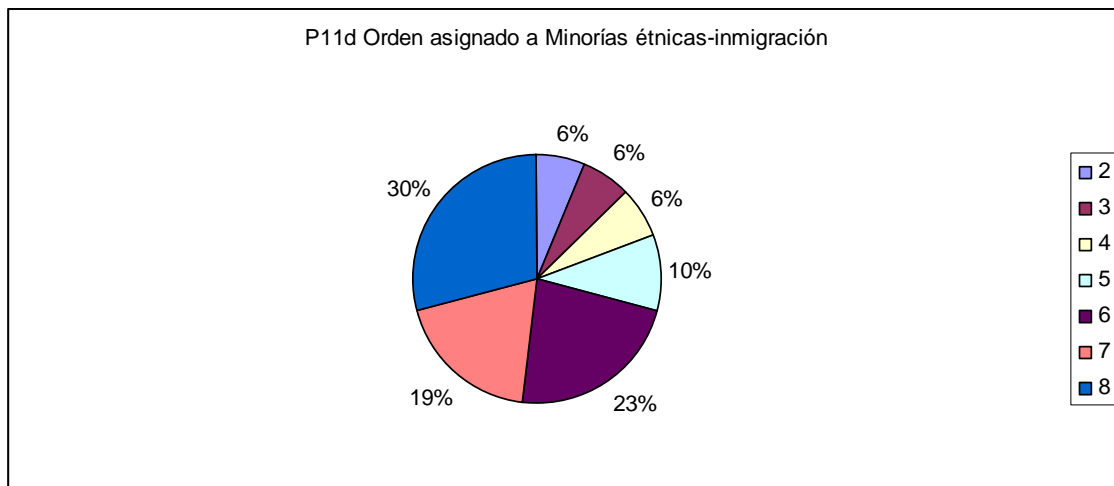




En esta ocasión los resultados del tratamiento estadístico nos ofertan valores de aproximadamente un 6% de interés para una segunda posición en interés generado frente a un 10% de mínima inquietud generada. Destacamos aquí la no existencia de ninguna respuesta emitida que situase el trabajo en violencia de género como generador de máxima inquietud profesional.

**d.- Minorías étnicas/Inmigración**

P11d Orden asignado a Minorías étnicas-inmigración					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	5,6	6,5	6,5
	3	2	5,6	6,5	12,9
	4	2	5,6	6,5	19,4
	5	3	8,3	9,7	29,0
	6	7	19,4	22,6	51,6
	7	6	16,7	19,4	71,0
	8	9	25,0	29,0	100,0
	Total	31	86,1	100,0	
Perdidos	Sistema	5	13,9		
Total		36	100,0		

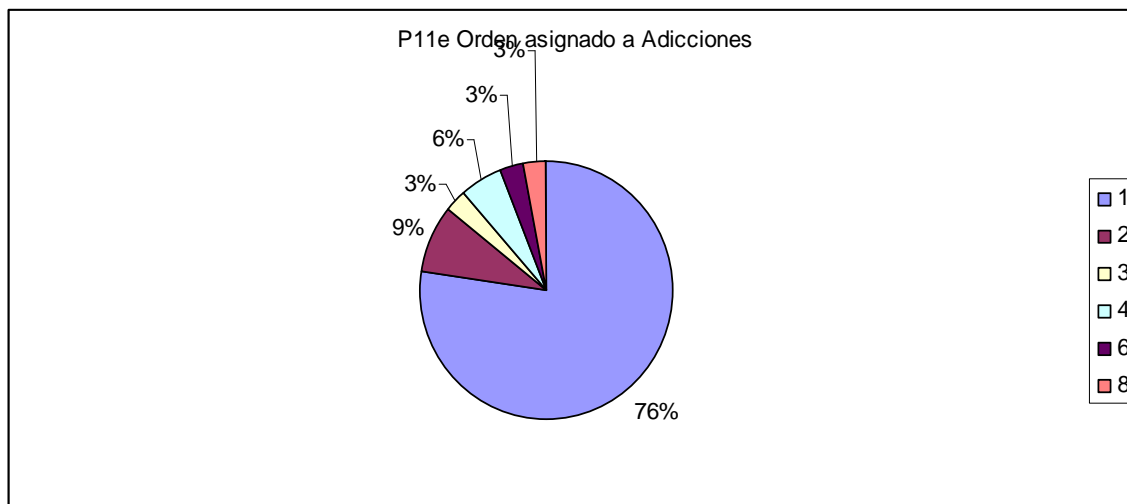


Al hablar de minorías étnicas en la Comunidad Autónoma Andaluza debemos de destacar la gran importancia que la comunidad gitana tiene y a ello quisimos referirnos al plantear esta cuestión y valorar las respuestas emitidas por los profesionales. En esta ocasión al igual que en el caso anterior ninguno de los profesionales cuestionados dieron valor máximo (valor 1) a este campo de acción social en cuanto a inquietud profesional suscitada. Frente a ello el 29% le asignaron el correspondiente a su menor interés (valor 8).

#### f.- Adicciones

P11e Orden asignado a Adicciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	27	75,0	77,1	77,1
	2	3	8,3	8,6	85,7
	3	1	2,8	2,9	88,6
	4	2	5,6	5,7	94,3
	6	1	2,8	2,9	97,1
	8	1	2,8	2,9	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,8		
Total		36	100,0		



En este caso concreto nos disponemos a valorar los resultados obtenidos ante el nivel de inquietud profesional generado por el campo de las adicciones, campo en el cual los profesionales encuestados están trabajando en el momento de emitir la respuesta.

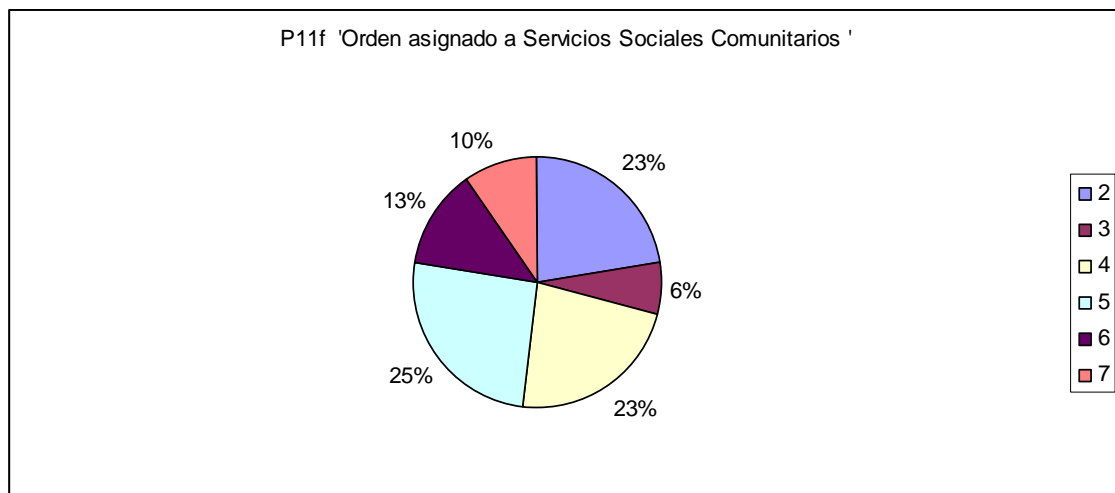
Apreciamos una clara tendencia a la alta valoración en este caso por todo lo relativo a las adicciones desde una perspectiva profesional, pues recibe asignación de máximo valor (valor 1) en el 77.1% de las respuestas emitidas frente a un 2.9% para las que esta área de intervención social supone el mínimo interés a pesar de ser, en ese momento concreto, la actividad profesional desarrollada.

No es posible en este momento de la investigación valorar si este máximo interés es motivado sólo por representar su actividad laboral y por ello ser objeto de motivación ante la necesidad de afianzar la situación personal laboral individual o por el contrario, basarse en inquietudes formativas personales ajenas a la situación laboral que presenta cada profesional.

## h.- Servicios sociales comunitarios

P11f 'Orden asignado a Servicios Sociales Comunitarios '

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	7	19,4	22,6	22,6
	3	2	5,6	6,5	29,0
	4	7	19,4	22,6	51,6
	5	8	22,2	25,8	77,4
	6	4	11,1	12,9	90,3
	7	3	8,3	9,7	100,0
	Total	31	86,1	100,0	
Perdidos	Sistema	5	13,9		
Total		36	100,0		



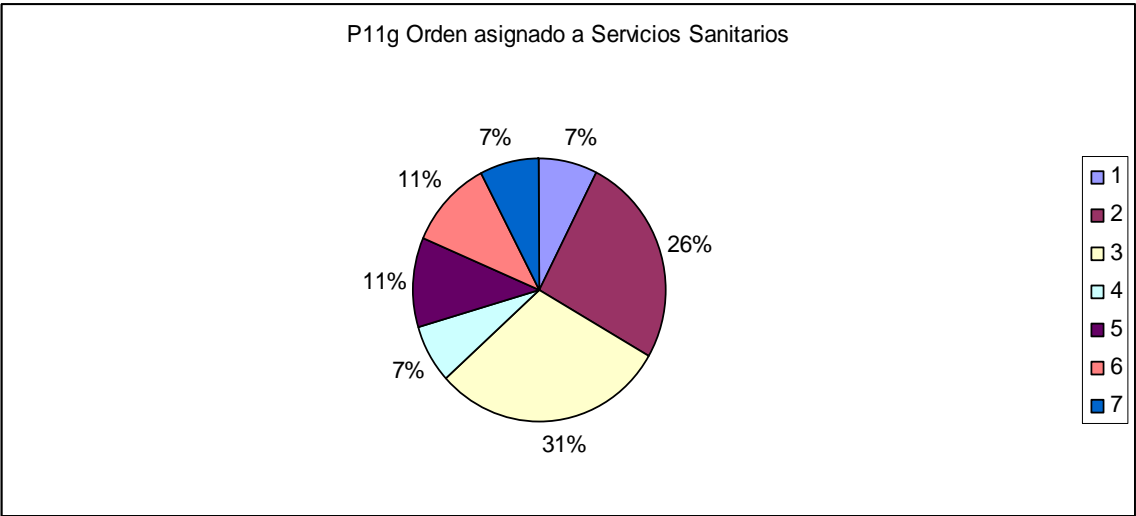
En esta ocasión vuelve a presentarse el hecho de no existir ninguna respuesta favorable que asigne máximo valor (valor 1) al sector objeto de estudio. Por el contrario, nos encontramos con que un segundo nivel de inquietud se ve correspondido por el 22.6% de las valoraciones emitidas y frente a el tendremos que el menor valor de interés lo manifiestan el 9.7% de las respuestas obtenidas. Podemos indicar por tanto que, si bien son los servicios sociales comunitarios la “gran cantera” de profesionales “del campo de los social”, parece en función de esta ausencia de valores máximos emitidos

(valor 1) que no existe una tendencia a la “transferencia profesional” a este campo de intervención, aunque si es ampliamente valorado entre los profesionales de las adicciones.

j.- Servicios Sanitarios

P11g Orden asignado a Servicios Sanitarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	5,6	6,5	6,5
	2	7	19,4	22,6	29,0
	3	8	22,2	25,8	54,8
	4	2	5,6	6,5	61,3
	5	3	8,3	9,7	71,0
	6	3	8,3	9,7	80,6
	7	2	5,6	6,5	87,1
	8	4	11,1	12,9	100,0
	Total	31	86,1	100,0	
Perdidos	Sistema	5	13,9		
Total		36	100,0		

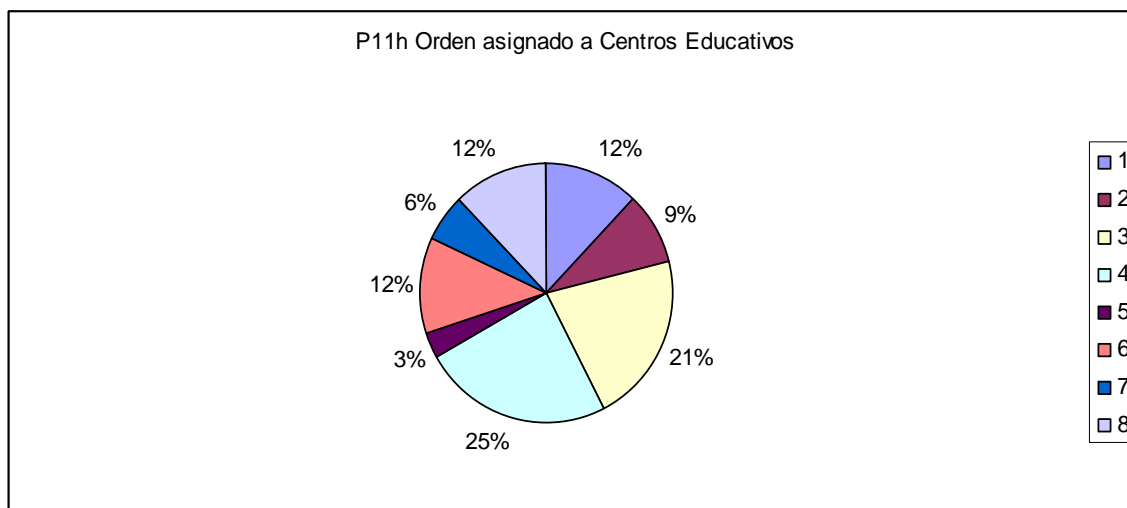


Al considerar los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos decir que el 6.5% de las respuestas emitidas asignaron un valor que se corresponde con el de máxima inquietud laboral con el sector sanitario y coincide porcentualmente con las proporción de profesionales (médicos) existentes en la muestra objeto de estudio que participó en nuestra investigación. Analizando por tanto la totalidad de respuestas emitidas vemos que el 12.8% no siente una inquietud prioritaria al ejercicio laboral en campo sanitario.

### k.- Centros educativos

P11h Orden asignado a Centros Educativos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	4	11,1	12,1	12,1
	2	3	8,3	9,1	21,2
	3	7	19,4	21,2	42,4
	4	8	22,2	24,2	66,7
	5	1	2,8	3,0	69,7
	6	4	11,1	12,1	81,8
	7	2	5,6	6,1	87,9
	8	4	11,1	12,1	100,0
	Total	33	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	8,3		
Total		36	100,0		



El 12.1% de las respuestas emitidas asignan un valor máximo a la actuación profesional en centros educativos y si consideramos los profesionales de la educación que respondieron la encuesta (básicamente se trataban de diplomados en magisterio; véase 6.1.3), podemos indicar que son valores altamente coincidentes, ya que bajo este epígrafe de diplomados en ciencias sociales, dentro de los que se encuentran tanto los trabajadores sociales como los educadores sociales y diplomados en magisterio, suponían un 13.9% en la totalidad de los profesionales investigados. Debemos de indicar en este momento que ninguno de estos profesionales valorados se “reivindicaron” como educadores sociales, si bien en un caso único existió la “reafirmación” de un profesional como trabajador social junto al epígrafe genérico bajo el que se formuló la respuesta. Podemos por ello suponer inicialmente la existencia de una mayor preferencia por el trabajo profesional dentro de la educación formal en el colectivo de educadores investigados, al igual que podemos afirmar la ausencia de educadores sociales propiamente dichos, por lo que la pedagogía social y la educación social parecen aventurarnos que aún no han entrado de lleno en el campo de las adicciones.

De igual forma al plantear la titulación académica de acceso a la actividad laboral obtuvimos que el 11.1% se encuadraban en el colectivo denominado licenciados en ciencias sociales, si bien y en base a la observación y valoración “in situ” podemos afirmar que en nuestro caso concreto no existía ningún profesional de la pedagogía ni de la psicopedagogía

en ejercicio, sino que este 11.1% de profesionales se encuadraban mayoritariamente dentro del campo de la psicología. Esta ubicación dentro de las ciencias sociales pudiese ser cuestionable, ya que dependiendo de las distintas tendencias académicas, quizás hoy día sería más apropiado dentro del campo de las ciencias de la salud.

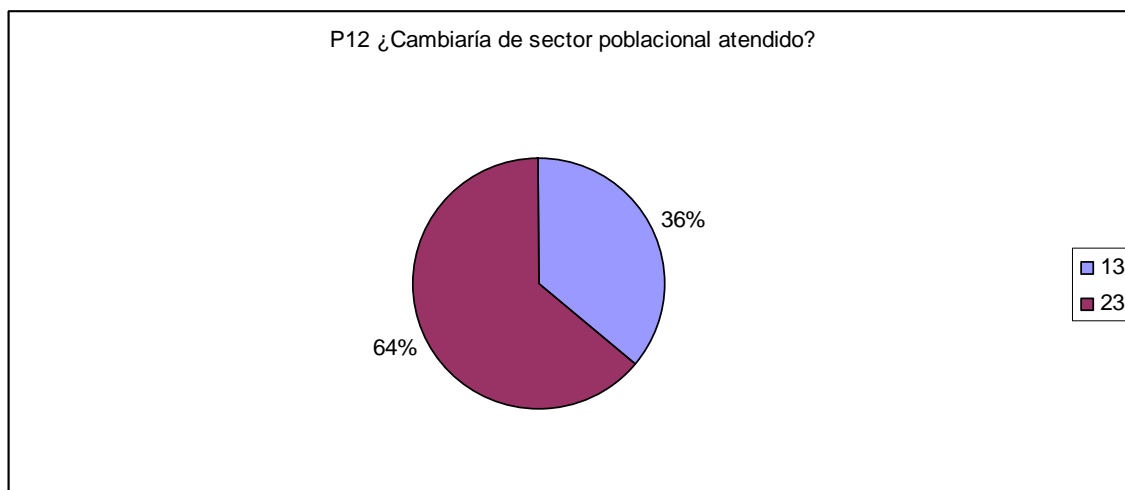
Este hecho en el caso de las adicciones tiene su especial relevancia por “la disputa” que tradicionalmente en la Comunidad Autónoma Andaluza ha tenido el encuadre político de las adicciones. Así destacaremos que si bien en numerosas Comunidades Autónomas ha primado el carácter sanitario de los procesos adictivos al proceder a su encaje político-asistencial, en Andalucía, y por tanto en el marco geográfico de nuestra investigación, prima el enfoque social y ello pudiese llevar consigo este encuadre de los profesionales de la psicología al que hemos hecho referencia anteriormente.

#### 6.1.12. Preferencias de los profesionales por otros sectores de actuación

P12 ¿Cambiaría de sector poblacional atendido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	36,1	36,1	36,1
	No	23	63,9	63,9	100,0
	Total	36	100,0	100,0	





En el caso de la décimo segunda cuestión a analizar nos planteamos si el profesional cambiaría de sector de población objeto de su actividad profesional por otro colectivo que le resultase más satisfactorio. Las respuestas obtenidas nos indican que un 36.11% de ellos si modificaría el sector de actividad laboral frente al 63.88% que se manifiesta satisfecho.

No entramos a valorar si esta respuesta es motivada por el nivel de satisfacción y de empatía que ha adquirido con el sector adicciones o por el contrario viene también motivada por las dificultades existentes en la actualidad en el campo laboral. Hay que tener en cuenta que si bien ese 63.88% de ratificaciones en no proceder al cambio de sector pueden perfectamente venir sustentadas por el 77.1% de respuestas asignadas al valor máximo (valor 1) que recibió el sector poblacional adicciones dentro de las inquietudes generadas en los profesionales y que fue valorada en la pregunta anterior.

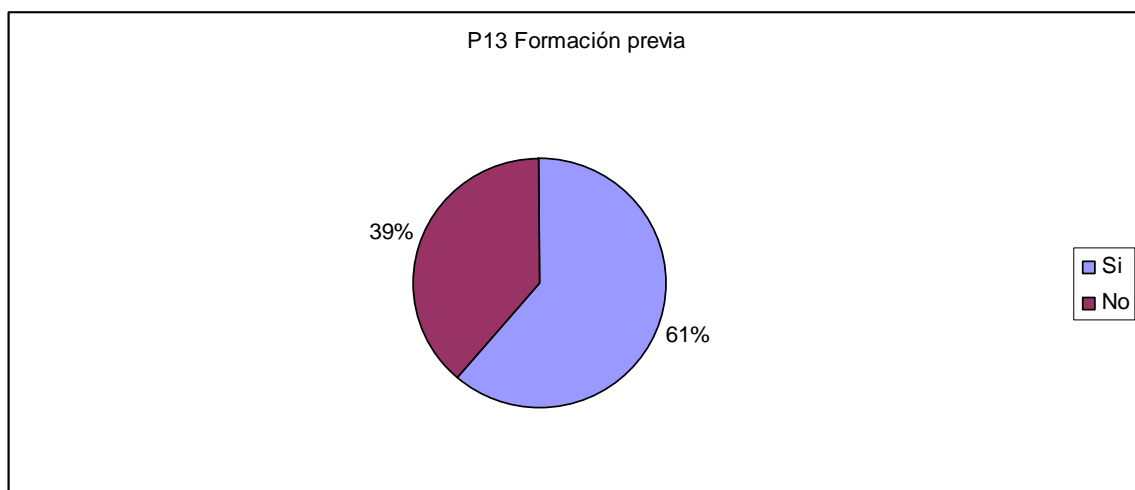
Podemos afirmar y concluir que los profesionales no desean en su mayor proporción cambiar de sector poblacional objeto de su actuación profesional y también que las inquietudes profesionales de los mismos coinciden con el campo de trabajo al que dedican su quehacer diario. Refuerza en cierta medida el carácter de “compromiso social” al que en las entrevistas personalizadas la mayoría de los entrevistados han manifestado, y que vienen apoyadas por su paso en numerosas ocasiones por el movimiento asociativo.

Debemos de recordar en este momento que al proceder a dar respuesta a las preguntas abiertas del cuestionario se aprovechó la circunstancia para poder contactar directamente y de forma individualizada con cada profesional y así poder percibir aspectos que se nos escaparían de la valoración de datos desde un plano meramente cuantitativo.

### 6.1.13.- Formación previa en adicciones

**P13 Antes de iniciar su trabajo en Comunidad Terapéutica, ¿tenía alguna formación sobre adicciones?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	22	61,1	61,1	61,1
	No	14	38,9	38,9	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

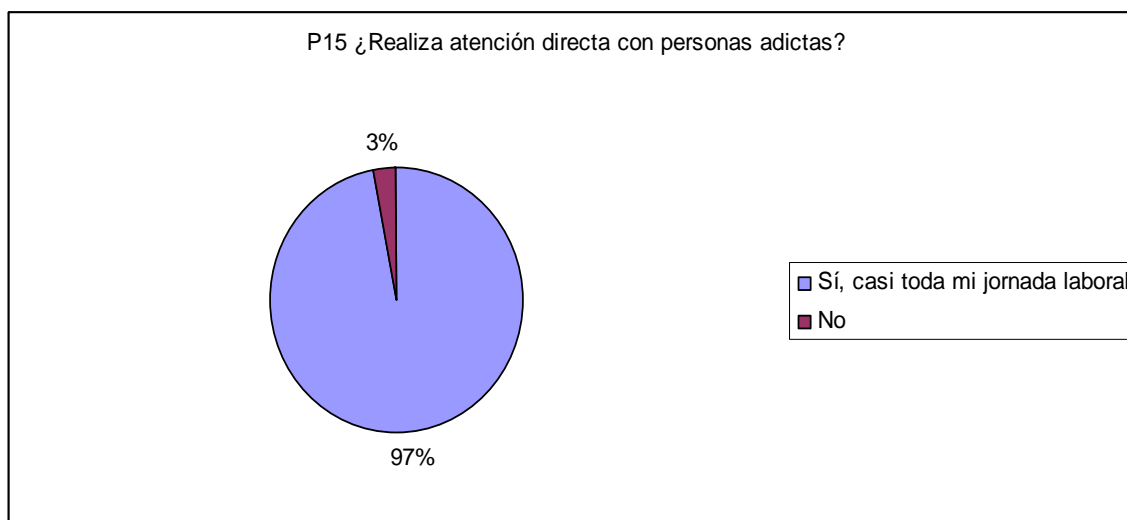


En la cuestión decimotercera se da un paso más y se introduce el aspecto formativo objeto y eje de nuestro estudio. Se planteó a los encuestados si disponían de alguna formación específica en adicciones antes de iniciar su actual actividad profesional en los centros asistenciales, obteniéndose que el 61.11% ya disponían de ella frente a un 38.88% que no.

### 6.1.14.- Intervención directa con personas adictas

P15 ¿Realiza atención directa con personas adictas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, casi toda mi jornada laboral	35	97,2	97,2	97,2
	No	1	2,8	2,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



Introducimos esta cuestión en la encuesta para poder establecer relación entre los aspectos: por un lado la existencia de atención/intervención directa del profesional sobre el usuario/educando en el servicio asistencial, y en base a ella, siguiendo el modelo educativo de Freire y en función de la formación continua que recibe el profesional/educador, poder concluir si existe o no el reflejo de la formación continua recibida por el profesional en el educando /usuario del recurso. El primer paso sería conocer si existe mayoritariamente esta intervención “mantenida en el tiempo” y si se percibe su valor educativo/terapéutico.

Adentrándonos por tanto en el quehacer diario de los profesionales les cuestionamos sobre si durante el desempeño de su actividad laboral, el profesional en cuestión desempeña una atención directa con la persona adicta. Podemos concluir ante esta pregunta que el 97.22% de los encuestados

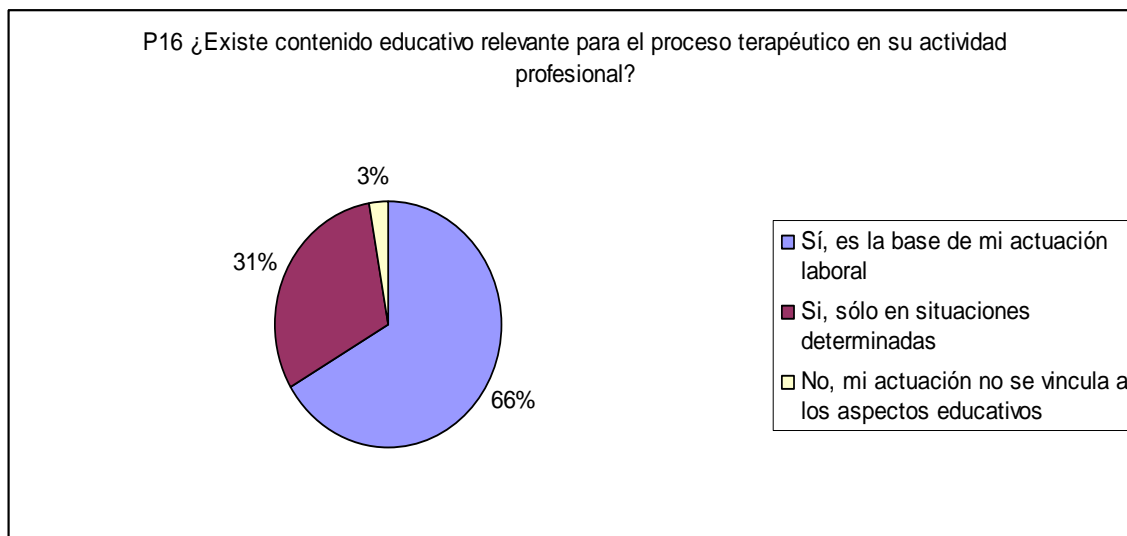
indicaron que interactúan directamente con los usuarios de los servicios asistenciales analizados casi en la totalidad de la jornada laboral desarrollada, frente a un 2.77% que manifestaron no tener acción directa sobre el usuario del recurso, sobre nuestro educando/socio-sanitario. No existió en opinión de los profesionales ninguna respuesta donde se manifestase la realización de una intervención parcial en planos educativos. Ello nos indica que todos entienden que cualquier actividad por simple, por cotidiana, no deja de tener un valor educativo, aun más en este entorno de trabajo y con nuestra población diana analizada.

Concluimos en este caso que al tener una amplia respuesta afirmativa en relación al contacto /interacción directa con el usuario, se debe favorecer la retroalimentación educativa por parte de ambos actores, siguiendo el modelo educativo utópico de Freire que nos sirve como marco teórico.

#### 6.1.15.- Relevancia del contenido educativo para el proceso terapéutico

**P16 ¿Existe contenido educativo relevante para el proceso terapéutico en su actividad profesional?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, es la base de mi actuación laboral	24	66,7	66,7	66,7
	Si, sólo en situaciones determinadas	11	30,6	30,6	97,2
	No, mi actuación no se vincula a los aspectos educativos	1	2,8	2,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



En este caso se planteó si en la actividad profesional desarrollada existía “contenido educativo relevante” para el proceso terapéutico obteniéndose como resultado que el 66,7% de los profesionales valoraron que en su actividad profesional existía un contenido educativo base de su acción terapéutica, frente a un 30,6% que entendió que dicho papel educativo en su quehacer diario se circunscribía a actuaciones puntuales y frente al 2.8% que indicó que su acción profesional no se vinculaba a aspectos educativos.

Diremos que este último dato responde a aquellos profesionales que realizan actividades administrativas y ya queda reflejado en igual porcentaje en las respuestas emitidas en epígrafe 6.1.5. del correspondiente cuestionario, al hablar de personal con funciones de administración en los servicios analizados.

Como se vuelve a poner de manifiesto y relacionándolo con la pregunta anteriormente analizada (epígrafe 6.1.14), todos los profesionales coinciden al indicar que en su labor profesional los aspectos educativos adquieren una relevancia fundamental (hemos visto que tanto los que afirman que es el eje base de su actuación que representan el 66,66% como los que hablan de acciones en situaciones determinadas 30,55%, suponen en su conjunto un 97.2% coincidente con los valores expresados en la pregunta 15 del cuestionario relativos a la atención directa).

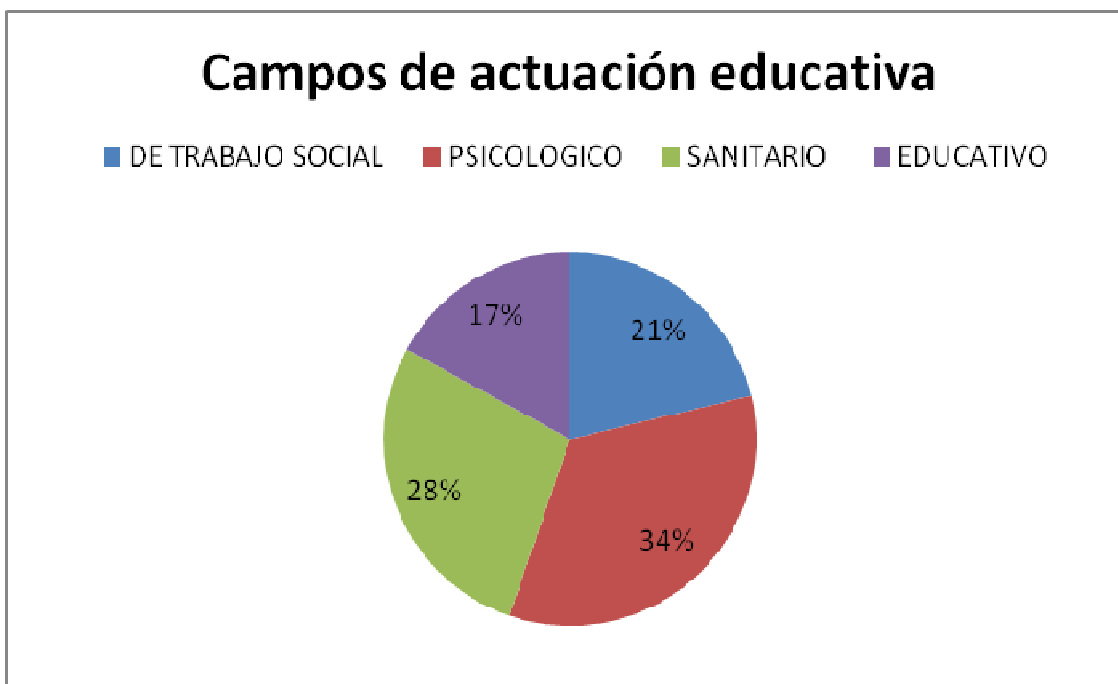
Concluimos que la gran mayoría de los profesionales son conocedores de la gran trascendencia del papel educativo y realizan una jornada laboral durante la cual, mayoritariamente, interactúan con los educandos/usuarios.

A pesar de lo cual y como “todos” sabemos, serán los psicólogos los responsables de la gestión terapéutica de los usuarios, y en ningún caso como hemos podido comprobar esta gestión de la historia del usuario/paciente recae como responsabilidad en ningún profesional “puramente” educativo, ni pedagogo/a, ni educador/a social, ni propiamente educador/a y aún menos en la figura del monitor/a.

Como reflexión ante este resultado manifiesto, cabría cuestionarse si estamos en la postura acertada al ser la figura del psicólogo/a el gestor de la historia terapéutica del educando adicto, si es lo más conveniente para lograr el objetivo de conseguir “ciudadanos inclusivos” o podríamos llamarlos “objetivos para una ciudadanía normalizada”.

O bien, por el contrario y siguiendo la línea de pensamiento que planteamos a lo largo de la investigación, deberíamos descansar más la gestión del paciente en las figuras educativas frente a la situación actual donde predomina la figura de quien dirige básicamente “la modificación de la conducta” como “gran asunto a abordar” frente a “los pequeños asuntos del día a día”.

### 6.1.16.- Campos de actuación para favorecer la calidad de vida de los usuarios



En esta pregunta hemos intentado que los profesionales indiquen, según sus criterios, dentro de los campos tradicionales de actuación aquellos que puedan mejorar a su entender la calidad de vida de los educandos/usuarios, señalando en tales circunstancias cual es el de mayor valor para ellos (al que asignarán valor 1), permitiéndose emitir respuestas múltiples si así lo estimaban conveniente.

Los resultados obtenidos volvían a reafirmar los planteamientos expuestos como valoración en respuestas anteriores. Así hemos obtenido que las máximos apoyos, asignándoles por tanto máxima puntuación, fueron para las intervenciones en el área psicológica ( el 34.04% de las respuestas emitidas, consideradas en su totalidad, le asignan la máxima puntuación), tras la cual se encontraban las acciones sanitarias ( 27.6%) y las actuaciones de área social( 21.7%), siendo valoradas las acciones educativas en una proporción globalmente considerada del 17.02%. Parece darnos a entender que si bien la acción educativa ha sido considerada fundamental no se deja de

valorar en mayor medida la actuaciones en el área psicológica, el papel del psicólogo, reforzando nuevamente la figura de este por parte de los propios profesionales. Su presencia predominante en los recursos asistenciales junto con la ausencia de un número significativo de profesionales de la pedagogía y de la educación social limitarían notablemente a nuestro entender el potencial desarrollo que profesionalmente las ciencias de la educación y sus profesionales deberían tener en el ámbito de las adicciones.

Pero ello sin olvidar que se mantiene el planteamiento como hemos podido comprobar en cuestiones anteriores que la acción de los profesionales en su conjunto es mayoritariamente educativa (ver la pregunta 16 del cuestionario, epígrafe 6.1.15).

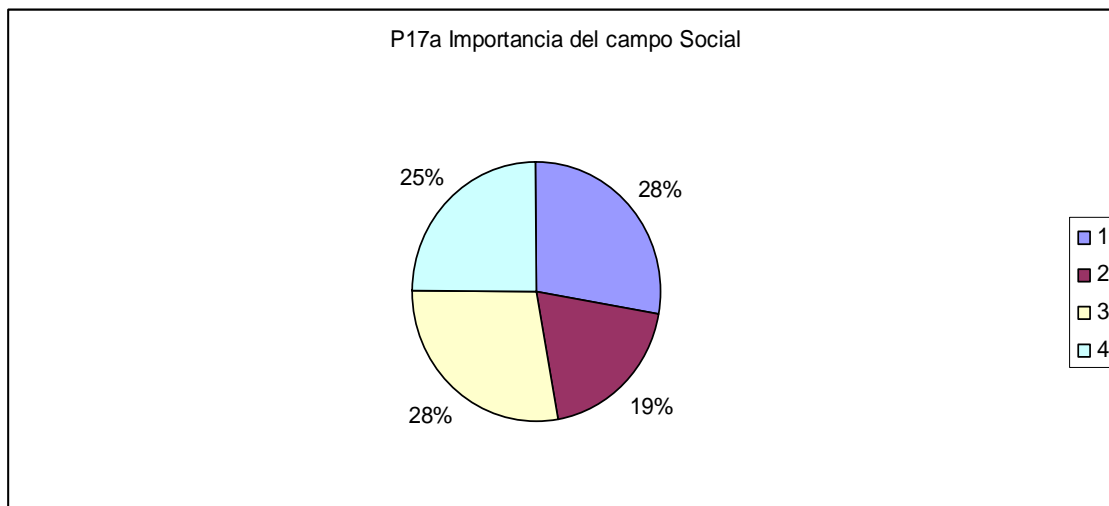
Procedemos a continuación a analizar las valoraciones efectuadas por los encuestados en cada una de las áreas de intervención resaltando los porcentajes válidos de respuestas emitidas que le otorgan máximo valor al área en cuestión.

#### **a.- Importancia asignada al campo social**

**P17a Importancia del campo Social**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	27,8	27,8	27,8
	2	7	19,4	19,4	47,2
	3	10	27,8	27,8	75,0
	4	9	25,0	25,0	100,0
	Total	36	100,0	100,0	





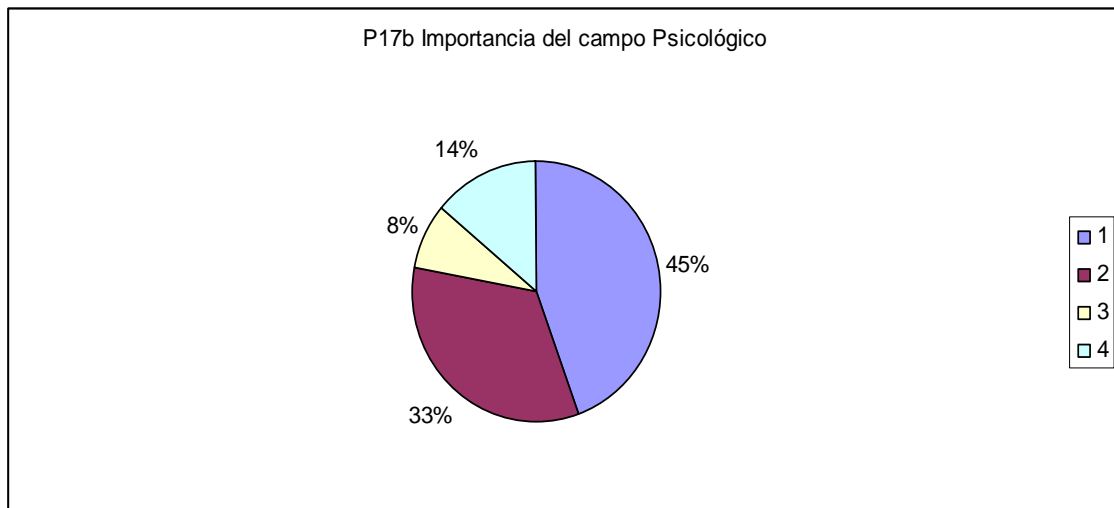
Creemos conveniente en este momento resaltar que al valorar con un máximo valor una proporción del 28% de las respuestas emitidas, los profesionales quieren resaltar la importancia que tienen actividades como el seguimiento judicial de los educandos que presenten procedimientos administrativos y/o penales pendientes, como las acciones de coordinación con los recursos de incorporación social (viviendas de apoyo, centros de día, etc.), junto con acogidas y entrevistas familiares y cualquier otra acción acorde con las circunstancias sociales del paciente.

A simple vista podemos entender que serán de gran utilidad en la incorporación al entorno comunitario pero al valorar los resultados obtenidos, el 28% de respuestas que asignan prioridad máxima a estas actividades la sitúan en la última posición de las áreas de intervención.

Si bien no queremos dejar de dotar de valor estas actuaciones, si podemos indicar que las mismas estarían dirigidas a la orientación e información tanto a nivel socio-laboral como a circunstancias económicas, laborales y penales del educando. Acciones que, sin deber abandonarse su realización, los propios profesionales sitúan en posiciones más relegadas, pudiéndose concluir que quizás deban de ser acciones de acompañamiento profesional resolutorio para el educando y no de iniciativa normalizadora promovida por el profesional sino supeditada a la evolución socializadora manifestada por el educando.

**b.- Importancia asignada al campo psicológico****P17b Importancia del campo Psicológico**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	16	44,4	44,4	44,4
2	12	33,3	33,3	77,8
3	3	8,3	8,3	86,1
4	5	13,9	13,9	100,0
Total	36	100,0	100,0	



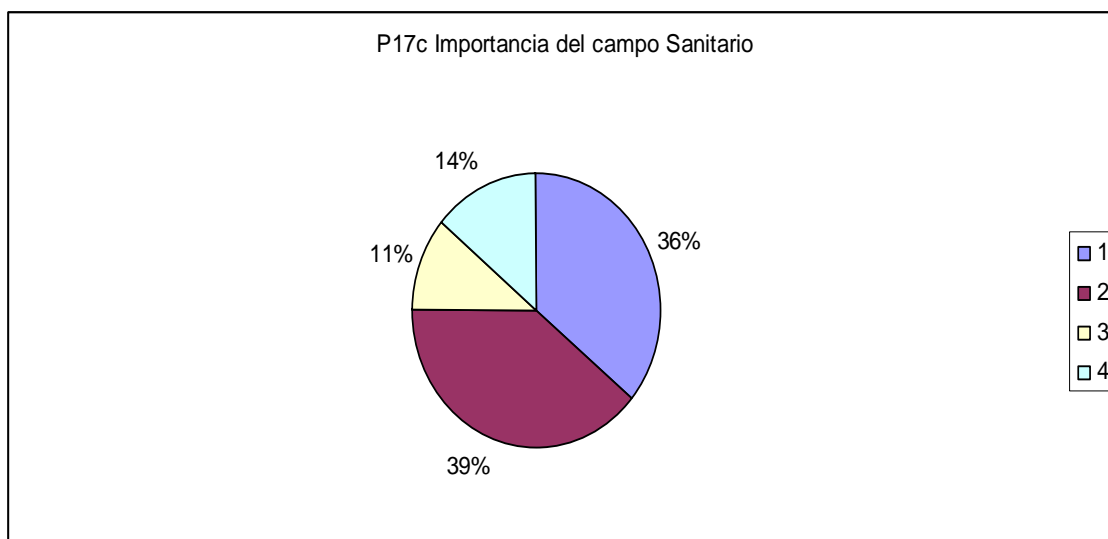
Es el conjunto de actividades dentro de esta área las que persiguen dentro de los objetivos específicos la extinción de actitudes y conductas desadaptativas y la adquisición de recursos personales favorecedores para el estilo de vida del educando, desarrollando la capacidad de autocontrol y estrategias que favorezcan la adaptación socio-comunitaria. De igual forma se incluyen en esta área el entrenamiento en habilidades sociales y en asertividad así como el abordaje de problemas de relaciones interpersonales. En base a los resultados obtenidos podemos apreciar la alta valoración dada (44.4% de las respuestas emitidas con carácter prioritario) por los profesionales globalmente considerados. Para finalizar plantearemos como última cuestión el hecho que profesionales del campo de la psicología como pudimos ver con

anterioridad sólo representaban un total del 16.7% de la totalidad, por lo que la importancia de las intervenciones en esta área son aceptadas por una amplia mayoría de profesionales independientemente de su formación académica y de su desarrollo profesional.

### c.-Importancia asignada al campo sanitario

P17c Importancia del campo Sanitario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	13	36,1	36,1	36,1
	2	14	38,9	38,9	75,0
	3	4	11,1	11,1	86,1
	4	5	13,9	13,9	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



En esta ocasión el 36.1% de las respuestas emitidas se correspondieron al máximo valor y por ende, se corresponden con la asignación de la máxima prioridad en el conjunto de las actuaciones. Podríamos interpretar este hecho en el sentido que los profesionales van a dotar de interés máximo al tratamiento de la sintomatología del síndrome de abstinencia orgánico, a la atención a las patologías orgánicas y psiquiátricas asociadas al consumo, todo

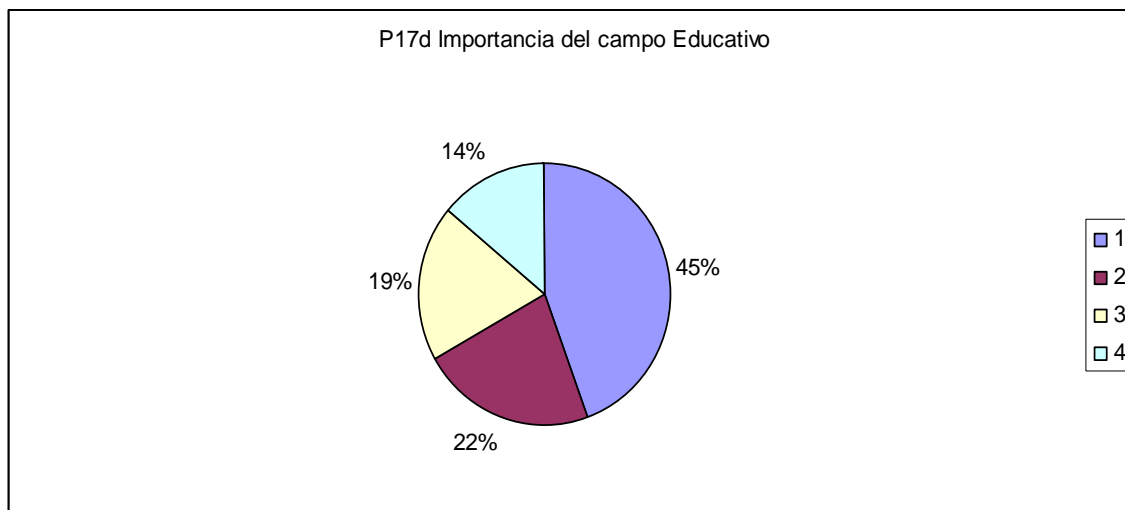
ello en aquellos casos de adicciones con sustancias, y lógicamente también abordaríamos en este área de intervención la educación para la salud.

Al considerar los profesionales sanitarios que han respondido al cuestionario, tendremos que en nuestro caso particular existían un 16.7% de profesionales con licenciatura en ciencias de la salud (básicamente profesionales de la medicina) y un 11.1% de profesionales que estaban en posesión de una diplomatura en idéntico sector de actividad profesional, por tanto se tratarían de un 27.8% de profesionales en total. Dichos profesionales, si bien es de preveer han dotado de valor significativo a su actividad profesional en el seno del recurso, no han creído adecuado primarlo sobre otras como las pertenecientes al área de intervención psicológica o educativa. Ello reafirma que aceptando que están ampliamente .generalizados los múltiples intentos de centrar el abordaje de esta patología bio-psico-social dentro del campo esencialmente sanitario, al menos dentro de su encuadre político-normativo, son los propios profesionales quienes no olvidan la trascendencia de lo educativo entre otros aspectos a resaltar.

#### **d.- Importancia asignada al campo educativo**

**P17d Importancia del campo Educativo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	16	44,4	44,4	44,4
2	8	22,2	22,2	66,7
3	7	19,4	19,4	86,1
4	5	13,9	13,9	100,0
Total	36	100,0	100,0	



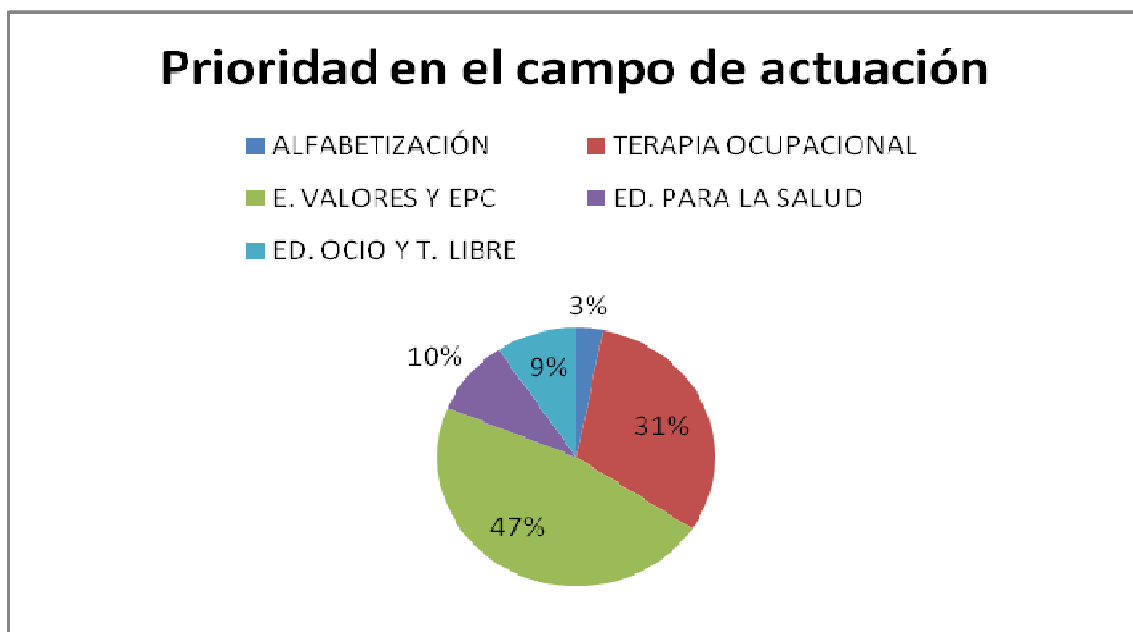
En base a los resultados obtenidos en la investigación, en esta ocasión ponemos de relieve la importancia que las acciones educativas tiene para el conjunto del proceso terapéutico y que son evidenciadas al encontrarnos con el hecho que el 44.4% de las valoraciones asignadas se corresponden con el valor máximo. Pero es aquí donde queremos plantearnos una reflexión sobre los objetivos y las actividades que son consideradas dentro de la denominada área de intervención educativa-ocupacional en el programa de intervención ejecutado en las comunidades terapéuticas valoradas.

Así serán objetivos específicos de esta denominada área educativo-laboral la normalización de los hábitos del paciente en cuanto a limpieza, puntualidad, asunción de responsabilidades, cumplimiento de normas y capacidad reflexiva y junto a ellos tendremos también el fomento del uso adecuado del tiempo libre y fundamentalmente la formación a nivel ocupacional y pre-laboral.

Este último aspecto suscita una cierta controversia, ya que parece darnos a entender que el papel del educador va orientado a la preparación pre-laboral y ocupacional del educando junto con ciertas acciones normalizadoras, pero no existiendo una intervención específica en contenidos relacionados con los de la propia educación para la ciudadanía ni claramente con los de educación en valores. Es innegable la transversalidad en el tratamiento de la carga educativa en valores y ciudadanía, pero creemos por tanto que la alta

valoración obtenida por las intervenciones educativas para el incremento de la calidad de vida futura del educando se vería notablemente incrementada si se potenciara el papel del educador en el proceso de aprendizaje de valores y de contenidos vinculados a la educación para la ciudadanía, los cuales parecen quedar en esta primera aproximación dentro de los campos de acción de la psicología y del trabajo social

#### 6.1.17.- Evaluación de la acción educativa en la Comunidad Terapéutica. Prioridades establecidas



En esta cuestión pretendemos que los profesionales valoren posibles campos de intervención que se corresponden con los que tradicionalmente han sido abordados dentro de la acción educativa en los servicios asistenciales para personas adictas y pretendemos así visualizar cual es el más favorablemente evaluado y cual de ello es el que menos.

Así tenemos que al considerar los distintos campos de acción, el valor más alto asignado, el que recibe un conjunto de apoyos más numerosos será el campo de la educación en valores y la educación para la ciudadanía o educación cívica (46.8%), seguido por el correspondiente a la terapia ocupacional (31.2%) y a mucha mayor diferencia porcentual nos encontraremos con el referente a la educación para la salud (9.54%) y la educación para el ocio y tiempo libre (9.37%). Finalmente indicaremos que no recibe una asignación significativa las actuaciones referidas a la alfabetización de los educandos (3.12%), aunque podrían muchos de ellos ser considerados como población con “necesidades educativas especiales” en un amplísimo sentido de la expresión.

Si en vez de analizar a qué campos se les asigna mayor valor sino por el contrario a qué campos se les asigna menor valor tendríamos que los datos recogidos indican que la alfabetización el campo de menor importancia para los profesionales, seguidos de la educación para el ocio y tiempo libre y la educación para la salud. Y esto por un lado contrastaría notablemente con los esfuerzos realizados por parte de la Administración Andaluza que a través de acuerdo establecido entre las consejerías implicadas ha desarrollado un importante programa de alfabetización y de educación de adultos en el seno de las comunidades terapéuticas andaluzas. Y de igual forma cuando planteamos anteriormente los objetivos específicos del área de intervención educativo-laboral nos encontramos como prioritario, al menos “sobre el papel”, en la formulación por escrito de los objetivos perseguidos, el fomentar el aprovechamiento adecuado del tiempo libre de del ocio. Por ello podemos apreciar que no son coincidentes los objetivos propuestos con las valoraciones otorgadas por los profesionales en este campo.

Finalmente, parece nuevamente indicar que serán la educación en valores y la educación para la ciudadanía junto con la terapia ocupacional los aspectos que recibían en esta cuestión mayor puntuación y por ellos los mayores respaldos, siendo por tanto los aspectos educativos que han generado un interés superior y de los cuales de forma explícita, en el programa de intervención en comunidad terapéutica en Andalucía, tan sólo se menciona

expresamente el último de ellos bajo la consideración de “talleres ocupacionales diversificados”.

En estos momentos y a la luz de los resultados parciales obtenidos cabe cuestionarse si constituye la educación en valores y la educación para la ciudadanía los aspectos más trascendentes junto con la terapia ocupacional en la intervención educativa en comunidad terapéutica y de igual forma cabe preguntarnos si existe un planteamiento serio en estos recursos asistenciales socio-sanitarios de dotarlos de un curriculum para estos contenidos educativos. Y en caso afirmativo a estas cuestiones y haciendo nuestras las expresiones de autores como Sánchez Delgado y Gairin, nos planteamos si existe interés de dotarlos de nuevas visiones curriculares que supongan un cambio respecto a una tradición basada en programas.

Estamos realmente ante un intento de aplicar un curriculum educativo en el seno de un recurso donde llevamos a cabo educación fuera del propio sistema educativo y donde el currículo no debe suponer un producto que nos indique que se debe saber, que debe conocer el usuario sino un currículo como proceso. Tratándose por tanto de un proceso que, en esta ocasión, haría que las instituciones, los recursos socio-sanitarios puestos a disposición por las Administraciones Públicas para los ciudadanos, realicen un intento de socializar a los educandos/usuarios. De igual forma deben promover determinadas inquietudes y compromisos ciudadanos. Pero a la vez diremos que estas inquietudes y compromisos generados no solo deben serlo en el educando sino que deben ser a su vez reforzados si es posible aún más en el educador en base al modelo educativo de Freire, eje central como siempre en nuestra particular visión pedagógica de la intervención terapéutica ante la adicción.

No pretendemos en este trabajo de investigación marcar, ni definir ninguna de las cuatro grandes dimensiones frente a las que, desde diferentes ángulos y posiciones, como indica Monclús a lo largo de toda su obra, se analiza el complejo campo del curriculum (objetivos, contenidos, metodología y evaluación). Eso ha de corresponder a otros profesionales de la pedagogía.



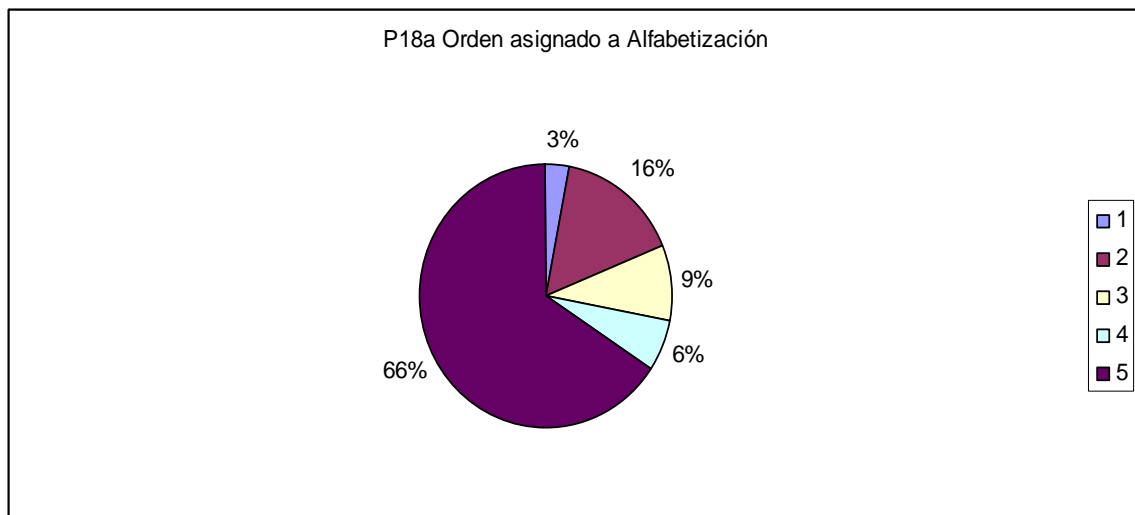
Pero sí se pretende resaltar la necesidad de potenciar el papel del pedagogo, del educador en estos recursos, si es que existiese cómo tal figura en la actualidad, y dotar de sentido real la acción educativa más allá de una mera terapia ocupacional y de aspectos puntuales orientados hacia la educación para la salud. Sin embargo la modalidad de educación de adultos dentro del campo de lo formal ha supuesto la conveniente formulación de acuerdos entre administraciones que determinan la participación de los educandos adictos en los centros de adultos existentes en su entorno, favoreciendo acciones de alfabetización y adquisición de competencias básicas para su incorporación comunitaria y mejora de calidad de vida, pero que por el contrario al no ser gestionadas directamente por los profesionales de las comunidades terapéuticas ha determinado que no sea valorada quizás en su justa medida.

Analizaremos a continuación cada una de las acciones educativas a desarrollar y veremos en ellas que valor máximo porcentualmente han recibido.

#### a.- Alfabetización

P18a Orden asignado a Alfabetización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	2,8	3,1	3,1
	2	5	13,9	15,6	18,8
	3	3	8,3	9,4	28,1
	4	2	5,6	6,3	34,4
	5	21	58,3	65,6	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	11,1		
Total		36	100,0		

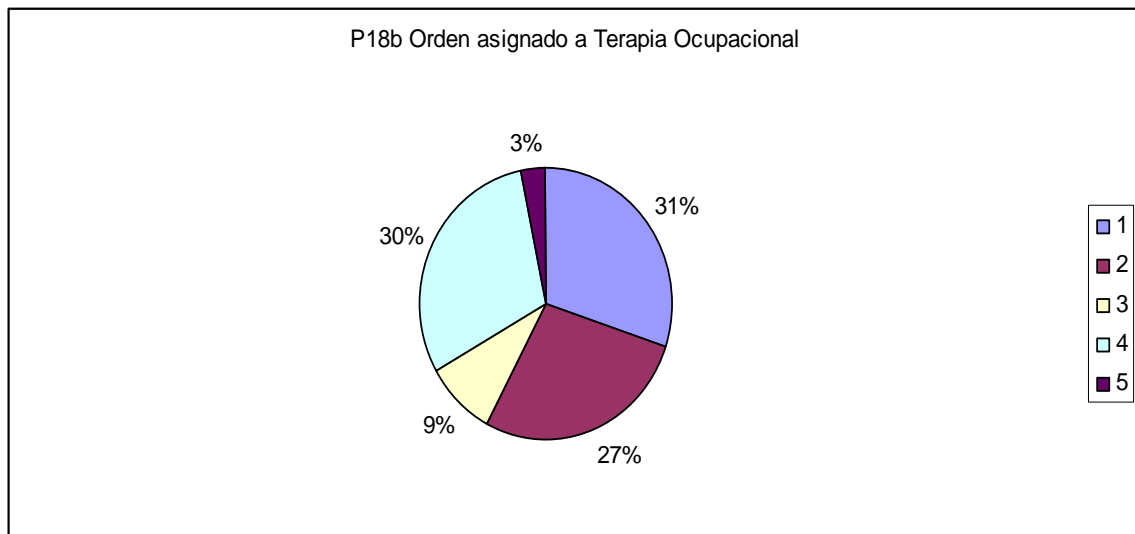


Resaltando todo lo anteriormente expuesto diremos que en el caso de valorar la alfabetización y los programas de educación de adultos desarrollados en estos entornos terapéuticos tan sólo fueron valorados con máximo valor (valor 1) por el 3.1% de las respuestas emitidas.

## b.- Terapia ocupacional

P18b Orden asignado a Terapia Ocupacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	27,8	30,3	30,3
	2	9	25,0	27,3	57,6
	3	3	8,3	9,1	66,7
	4	10	27,8	30,3	97,0
	5	1	2,8	3,0	100,0
	Total	33	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	8,3		
Total		36	100,0		



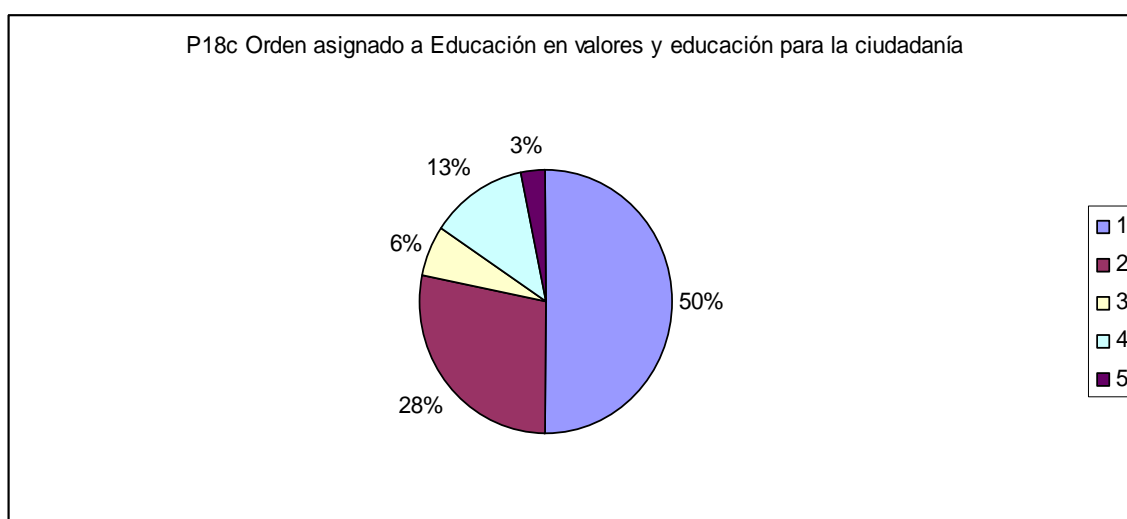
Podemos afirmar en esta ocasión que el conjunto de actividades desarrolladas bajo la consideración de terapia ocupacional suponen un 30.3% de las respuestas emitidas con máximo valor.

Por ello dichas actividades, encuadradas bajo los objetivos específicos del programa de intervención aún en vigor, vienen a enlazar la formación ocupacional con la formación pre-laboral desarrollada pero, a la que sin restarle importancia, habrá que sumar la educación en valores y para la ciudadanía que veremos a continuación.

### c.- Educación en valores y educación para la ciudadanía

P18c Orden asignado a Educación en valores y educación para la ciudadanía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	16	44,4	50,0	50,0
	2	9	25,0	28,1	78,1
	3	2	5,6	6,3	84,4
	4	4	11,1	12,5	96,9
	5	1	2,8	3,1	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	11,1		
Total		36	100,0		



En base a los resultados observados, el 50% de las respuestas emitidas asignándole máximo interés, no podemos más que resaltar la importancia dada por el conjunto de profesionales a la formación en valores y en ciudadanía en el normal desarrollo de su actividad profesional con educandos adictos en estos recursos residenciales. Será preciso por tanto considerar la necesidad de

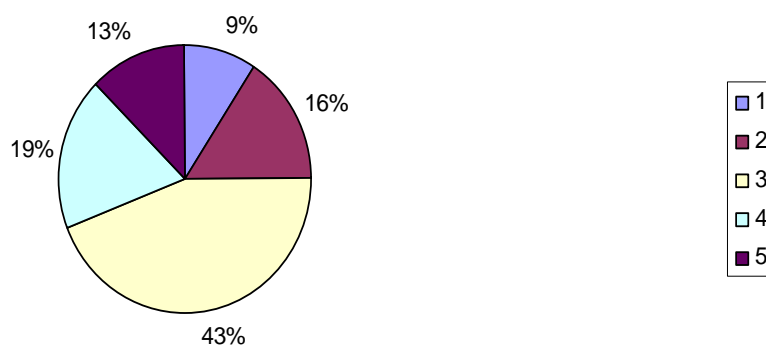
incluir estos contenidos de forma expresa, concreta y con el nivel de importancia asignado por los profesionales dentro de los programas de intervención y muy específicamente los relativos a aspectos vinculados a la ciudadanía, al menos con el mismo interés político-educativo como se ha realizado en la educación formal en nuestro contexto geográfico.

#### d.- Educación para la salud

P18d Orden asignado a Educación para la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	3	8,3	9,4	9,4
	2	5	13,9	15,6	25,0
	3	14	38,9	43,8	68,8
	4	6	16,7	18,8	87,5
	5	4	11,1	12,5	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	11,1		
Total		36	100,0		

P18d Orden asignado a Educación para la salud



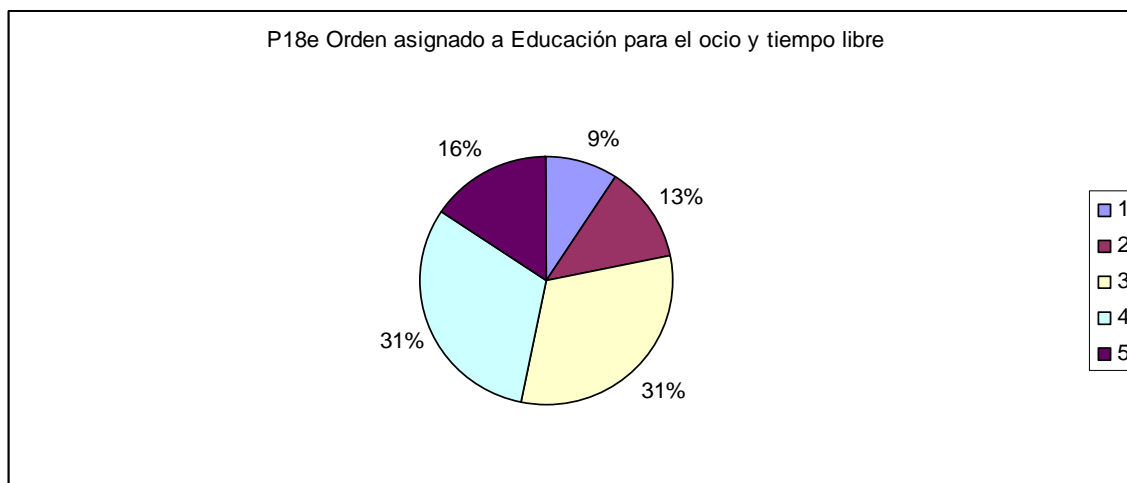
Tan sólo el 9.4% de las respuestas emitidas por los profesionales asignaron en este caso el valor más elevado a las intervenciones educativas orientadas al campo de la salud.

Simplemente, este resultado nos podría hacer reflexionar en en aquellas circunstancias en las que se les plantea a los profesionales priorizar entre acciones dirigidas a promover intervenciones educativas focalizadas en mayor medida en el campo sanitario o bien otras con mayor vinculación a áreas psico-sociales , son estas últimas las que adquieren mayor relevancia en su orden de prioridad.

#### f.- Educación para el ocio y tiempo libre

P18e Orden asignado a Educación para el ocio y tiempo libre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	3	8,3	9,4	9,4
	2	4	11,1	12,5	21,9
	3	10	27,8	31,3	53,1
	4	10	27,8	31,3	84,4
	5	5	13,9	15,6	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	11,1		
Total		36	100,0		



Al igual que en el caso anteriormente expuesto tan sólo el 9.4% de las respuestas emitidas vienen vinculadas a una consideración de máxima valoración y ello a pesar de ser la educación para el ocio y el tiempo libre uno de los pilares más tradicionales reflejados en los objetivos y en el conjunto de actividades planteadas en los programas de intervención terapéutica desarrollados. Nos encontramos con actividades realizadas, como la que analizamos, que son de baja valoración en cuanto a su interés educativo para los profesionales. Forman parte de la actividad diaria, son realizadas pero quizás no con el sentido educativo que deberían llevar incorporadas.

#### 6.1.18.- Tiempo dedicado a la terapia ocupacional

P19 Tiempo diario ocupado por la terapia ocupacional en su Comunidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 8 horas al día	32	88,9	100,0	100,0
Perdidos		4	11,1		
Total		36	100,0		

Al ser el 100% de las respuestas emitidas las comprendidas dentro de la opción “menos de ocho horas”, no procederemos a realizar gráfica sectorial de dicha cuestión.

Debemos destacar que los resultados emitidos por los encuestados tuvieron lugar con anterioridad a la promulgación de la actual ley reguladora del marco laboral en España, razón por la cual se contemplan periodos temporales de ocho horas.

Entendiendo que la terapia ocupacional suele estar presente en todos estos recursos asistenciales analizados, la investigación se centró en conocer el tiempo medio que ocupaba semanalmente dicha terapia ocupacional.

Ante la cuestión planteada se obtuvo como resultado único que el 100% de los encuestados afirmaron que suponía una duración temporal semanal inferior a 8 horas.

Podemos concluir por tanto que si bien el conjunto de acciones formativas ocupacionales quedan incluidas dentro de las actividades realizadas en el área educativa, cuya importancia dentro de los campos de actuación profesional quedó fijada en un 34% del total de las respuestas emitidas (véase pregunta 17 del cuestionario).

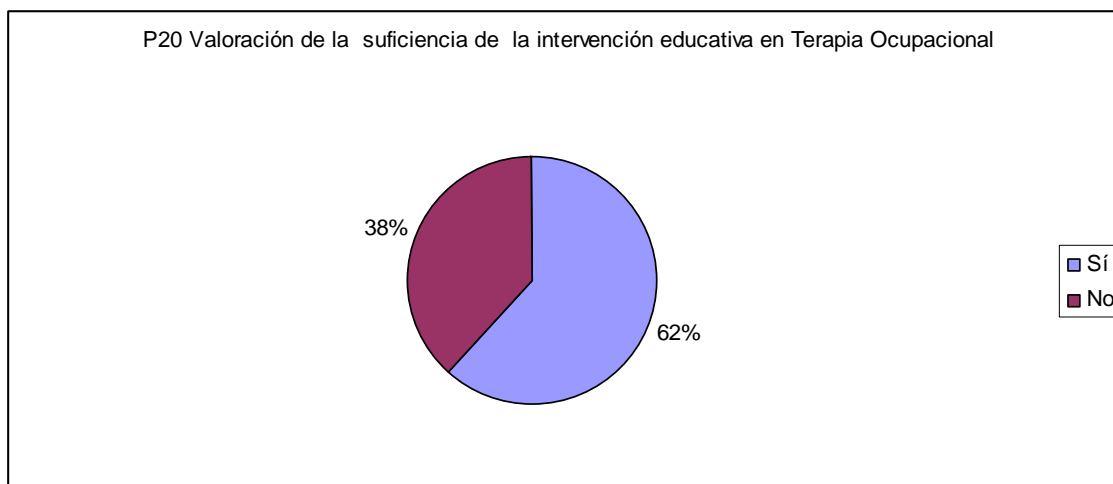
De igual forma, dicho conjunto de actividades formativas ocupacionales fue considerado por un 30.3% de los profesionales como la actividad de mayor transcendencia dentro de las consideradas en las intervenciones antes citadas (véase pregunta 18). A pesar de lo cual todo ello no va a reflejarse en la duración temporal que dichas actividades formativas ocupacionales van a representar dentro de la actividad “semanal” en la comunidad terapéutica.



### 6.1.19.- Suficiencia de la Terapia Ocupacional en relación a la totalidad de la acción educativa realizada

P20 Valoración de la suficiencia de la intervención educativa en Terapia Ocupacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	21	58,3	61,8	61,8
	No	13	36,1	38,2	100,0
	Total	34	94,4	100,0	
Perdidos		2	5,6		
Total		36	100,0		



Se planteó entonces si se consideraba suficiente este tiempo de terapia ocupacional existente como intervención educativa apropiada, resultando que el 61.8% la valoraron como suficiente desde la perspectiva temporal y el 38.2% por el contrario se refirió a ella en términos de insuficiencia.

Parece no existir mayor necesidad en profundizar temporalmente en este tipo de acción formativa ocupacionales, de las diferentes actividades pre-labórales en base a las respuestas emitidas por los profesionales. Ello nos llevó a continuar la investigación abriendo nuevos y creativas vías de formación en los profesionales educadores, que deben verse reflejadas a su vez en los usuarios del servicio asistencial terapéutico.

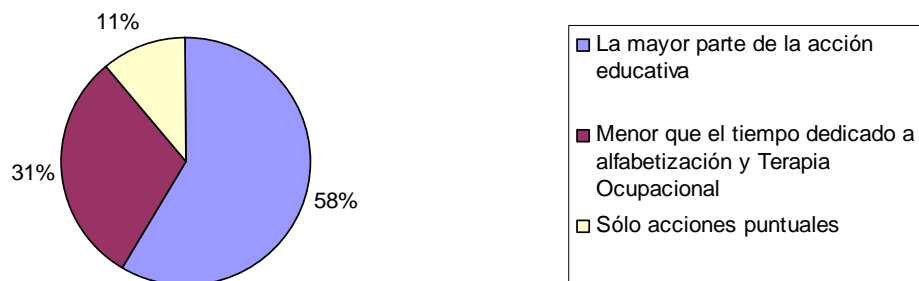
Dentro de estas posibles líneas de formación consideramos la propia educación para la ciudadanía y una mayor profundización en educación en valores y ellos como pilares básicos dentro del proceso de educación permanente que debe estar presente en ellos, adaptándose a la dinámica realidad del mundo de las adicciones y dentro de la concepción de una educación inclusiva bajo el modelo pedagógico expuesto por Paulo Freire, que extrapolaremos a la vida en comunidad.

#### 6.1.20.- Importancia de la educación en valores en la intervención educativa

P21 Tiempo ocupado por la educación en valores en la intervención educativa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	La mayor parte de la acción educativa	21	58,3	58,3	58,3
	Menor que el tiempo dedicado a alfabetización y Terapia Ocupacional	11	30,6	30,6	88,9
	Sólo acciones puntuales	4	11,1	11,1	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

P21 Tiempo ocupado por la educación en valores en la intervención educativa



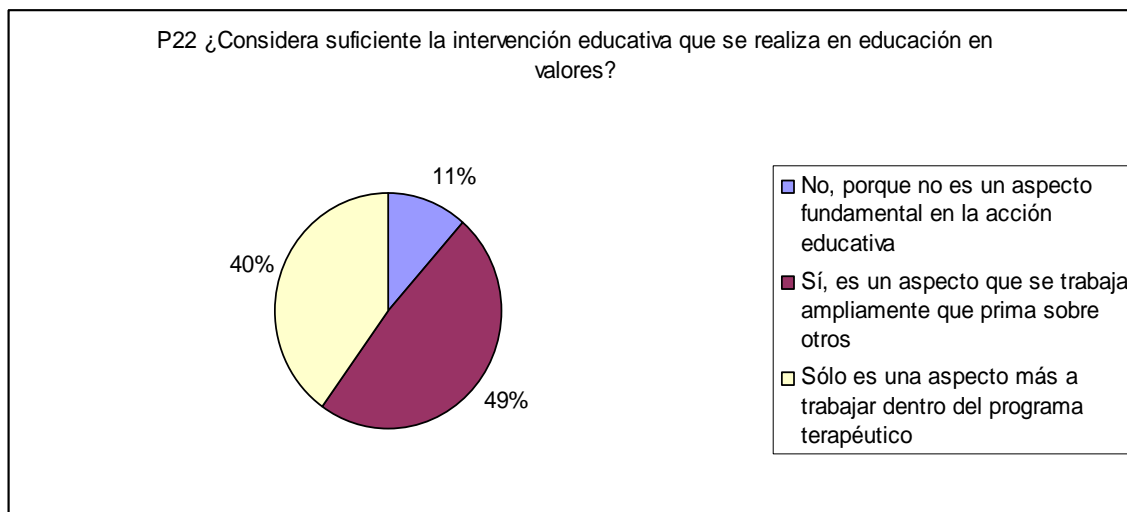
Tal y como hemos apuntado en capítulos anteriores un eje central dentro del marco teórico práctico de nuestra investigación es la educación en valores. Por ello se introduce en este momento la educación en valores dentro del cuestionario para profesionales y se plantea, de forma amplia, que valorasen si la intervención educativa en valores ya existente en el programa de intervención ocupaba una proporción adecuada en el quehacer educativo resultando que el 58.3% de las respuestas emitidas indicaron que ocupaba la mayor parte de su acción educativa, el 30.6% indicó que era menor que en tiempo empleado para alfabetización (educación de adultos) y terapia ocupacional y por último el 11.1% de las respuestas totales indicaron que tan sólo se trataba de acciones educativas puntuales.

Más de la mitad de los encuestados (el 58.3%) por tanto reafirman el valor adjudicado a la educación en valores. A pesar de lo cual al analizar los siguientes datos ofrecidos, podemos decir que el 41.7% de los profesionales restantes indican que la educación en valores supone una presencia menor que el empleado para actuaciones como educación de adultos y alfabetización. En relación a estas dos últimas acciones diremos que suponían actividades formativas de máximo interés en el proceso educativo terapéutico tan sólo para el 3.1% de profesionales o bien, podemos a su vez apreciar como la educación en valores prima en relación con la terapia ocupacional, cuya importancia educativa se cifraba en torno al 30% de las respuestas emitidas asignándoles máximo valor, con una suficiencia temporal para el 61.8% de los profesionales encuestados como hemos podido ver con anterioridad. Los datos obtenidos nos hacen reflexionar si realmente los profesionales entienden la importancia real que la educación en valores tiene en los procesos de dignificación, normalización social y comunitaria e incorporación social de los educandos residentes, y ello motivado a que hubiese sido deseable obtener una respuesta ante la cuestión formulada que hubiese sido el 100% del tiempo puesto que los contenidos en valores deberían tener un carácter transversal en todas las actividades desarrolladas.

### 6.1.21.- Suficiencia y adecuación de la educación en valores

**P22 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación en valores?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No, porque no es un aspecto fundamental en la acción educativa	4	11,1	11,4	11,4
	Sí, es un aspecto que se trabaja ampliamente que prima sobre otros	17	47,2	48,6	60,0
	Sólo es una aspecto más a trabajar dentro del programa terapéutico	14	38,9	40,0	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos		1	2,8		
Total		36	100,0		



Planteamos en este momento del desarrollo de la investigación la suficiencia (tanto en contenidos como en temporalidad) de esta intervención en educación en valores o por el contrario su insuficiencia. Ante ello obtuvimos que el 48.6% la consideró suficiente, trabajada ampliamente y entendiendo que se primaba sobre otros aspectos educativos a abordar. Por el contrario el 40%

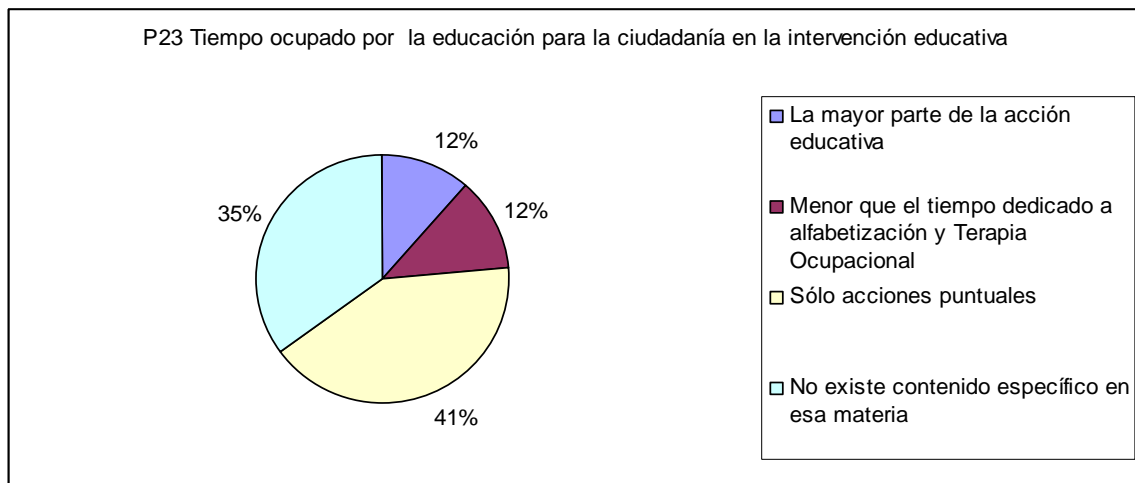
sólo la valoró como un aspecto más a tratar y por último 11.4% la consideró como no suficientemente abordada.

Recordemos que como nos indicaba los resultados de la pregunta 18, el 50% de los encuestados (profesionales) situaron en primer lugar de importancia la acción educativa sobre educación en valores y educación para la ciudadanía. Concluimos pues esta observación manifestando que si bien es reconocida ampliamente su importancia educativa, a su vez y en una proporción muy próxima a ésta, lo es también su suficiencia al ser un 48.6% de los profesionales los que hacen coincidir ambos factores evaluados: importancia educativa, suficiencia en contenidos y distribución temporal.

#### 6.1.22.- Importancia de la educación para la ciudadanía en la intervención educativa

**P23 Tiempo ocupado por la educación para la ciudadanía en la intervención educativa**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	La mayor parte de la acción educativa	4	11,1	11,8	11,8
	Menor que el tiempo dedicado a alfabetización y Terapia Ocupacional	4	11,1	11,8	23,5
	Sólo acciones puntuales	14	38,9	41,2	64,7
	No existe contenido específico en esa materia	12	33,3	35,3	100,0
	Total	34	94,4	100,0	
Perdidos		2	5,6		
Total		36	100,0		



Tal y como manifestamos con anterioridad, otro de los ejes centrales del marco teórico práctico de nuestra investigación lo constituye la educación para la ciudadanía, que junto a la educación en valores serán los pilares sobre los cuales plantearemos una nueva y creativa línea de intervención formativa de profesionales y por ende de usuarios, para favorecer y potenciar el papel educativo en el seno de las comunidades terapéuticas.

Por ello se formulan idénticas cuestiones a las planteadas en el caso analizado en relación con la educación en valores, pero en esta ocasión de forma específica para la educación para la ciudadanía o educación cívica. Mantendremos a lo largo de nuestra investigación ambos términos, educación para la ciudadanía y educación cívica, ya que partimos de la válida aceptación o existencia de diferentes denominaciones en torno a esta figura educativa pero no aceptaremos una amplia diferenciación en los contenidos a abordar.

Se procedió a obtener valores que nos indican que en el 41.2% de las respuestas emitidas indicaban que actuaciones realizadas dentro del concepto ciudadanía tan solo eran consideradas como acciones puntuales en el contexto educativo, seguido por un 35.3% de respuestas que indicaron la no existencia de contenidos específicos en ciudadanía en estos recursos asistenciales, y finalmente tendríamos que el 11.8% de las respuestas indican que los contenidos de educación para la ciudadanía ocupan la mayor parte de su acción educativa y en igual proporción (11.8%) indican que ocupa en el

conjunto educativo un tiempo inferior al empleado en la alfabetización o a terapia ocupacional.

En primer lugar nos puede sorprender que, si bien cuando se valoró los campos de mayor importancia educativa resaltase el relativo a educación en valores y educación para la ciudadanía (cuestión 18), en este momento surja que, en lo referente a ciudadanía, o bien se trata en opinión de los encuestados sólo de acciones puntuales o bien, carecen de contenido específico en esa materia.

Importancia y presencia en nuestro particular “currículo oculto” no parecen ir a la par. Parecen no estar presentes en “nuestro especial currículo terapéutico” los contenidos abordados en educación para la ciudadanía que tanto conflicto socio-político han generado. Parecen indicarnos estos resultados obtenidos que podemos afirmar que, si bien hemos querido dotar de contenidos para una ciudadanía activa a nuestros educandos más jóvenes, a los correspondientes educandos de educación primaria y secundaria dentro del marco formal, en este particular caso de educación no formal, nos hemos olvidado de su inclusión.

Todo ello además nos crea dudas razonables sobre si realmente los profesionales conocen y dominan los objetivos que se persiguen, los contenidos, la metodología y la forma de evaluar la eficaz formación, al hablar de educación cívica o para la ciudadanía en este especial ámbito terapéutico-educativo. Y ello nos hace plantearnos de nuevo si ha sido adecuada la formación que se ha ofertado a los profesionales por parte de la propia administración gestora de los recursos públicos. Al menos plantearnos si ha sido semejante dicha formación a la recibida por los profesionales de la educación formal a la hora de su implantación en el sistema educativo reglado.

Y si comparamos los resultados obtenidos en esta cuestión con los resultantes en la pregunta número 21, relativa a idénticos aspectos tanto presenciales como temporales, pero referidos en esta ocasión al otro eje de nuestra investigación, la educación en valores, podremos afirmar que al hablar

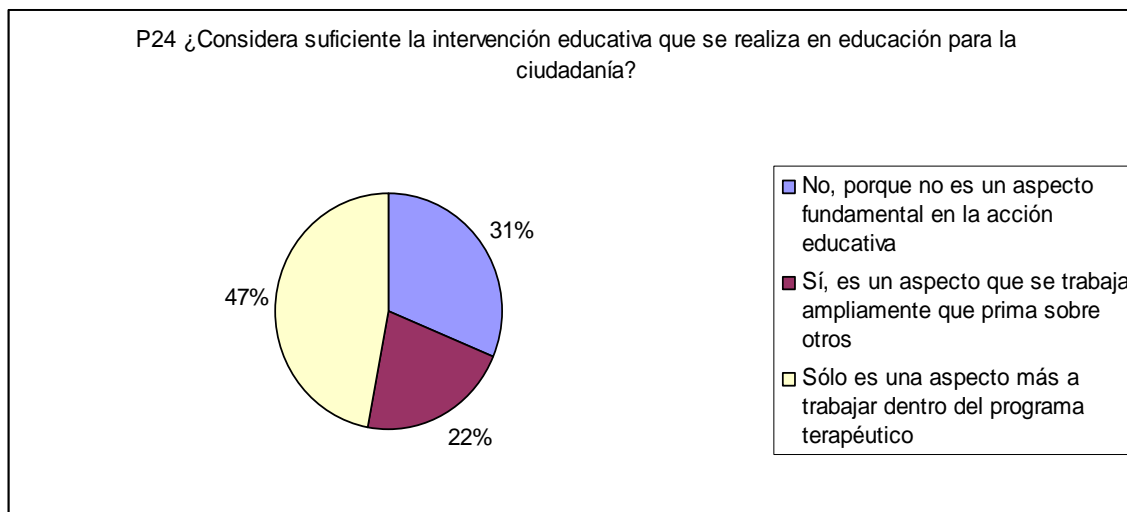
de educación en valores predomina su consideración como componente fundamental de la acción educativa (58.3% de las respuestas emitidas) frente al 11.7% que considera mayoritaria la presencia temporal de la educación para la ciudadanía en la acción educativa realizada. La otra cara de esta reflexión nos hace destacar que si bien sólo el 11.1% de las respuestas en el caso de educación en valores indicaban que se trataban de acciones puntuales, en el caso de educación para la ciudadanía este valor ascendía hasta el 41.2%, y surgió un 35.3% de respuestas emitidas que afirmaron la ausencia de dichos contenidos en el currículo que “debería estar presente” a nuestro juicio en el recurso asistencial analizado.

#### 6.1.23.- Suficiencia y adecuación de la educación para la ciudadanía

**P24 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No, porque no es un aspecto fundamental en la acción educativa	10	27,8	31,3	31,3
	Sí, es un aspecto que se trabaja ampliamente que prima sobre otros	7	19,4	21,9	53,1
	Sólo es una aspecto más a trabajar dentro del programa terapéutico	15	41,7	46,9	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Perdidos		4	11,1		
Total		36	100,0		





En el desarrollo de nuestra investigación al plantear si se consideraba suficiente la acción educativa realizada en el campo de educación para la ciudadanía, obtuvimos que un 31.3% la consideró insuficiente frente al 21.9% que la consideró suficiente. Manifestaron que tan sólo era un aspecto mas a tratar dentro del programa terapéutico el 46.9% de los encuestados.

Al analizar estos resultados con los obtenidos en la pregunta nº 22 relativa a idénticos criterios de suficiencia, vemos que en el caso de la educación en valores se consideraba suficiente por un 48.6% de los profesionales, en el caso de educación para la ciudadanía tan sólo el 21.9% de los mismos la considera suficiente, por tanto podemos afirmar que su nivel de suficiencia e importancia educativa va disminuyendo porcentualmente más allá del doble. En otro orden procedemos a analizar la educación para la ciudadanía, mediante estos valores sobre suficiencia obtenidos, frente a los ya analizados para la terapia ocupacional (que quedaron reflejados en la pregunta 20) cuyo resultado indicaba que la suficiencia en caso de los procesos formativos ocupacionales era favorable para el 61% de los encuestados, y ante ello si bien cabe manifestar la mayor importancia educativa asignada para valores y ciudadanía frente a terapia ocupacional, ésta última acción formativa parece tener un mayor apoyo en cuanto a su peso específico en el “currículo desarrollado” en la acción terapéutica.

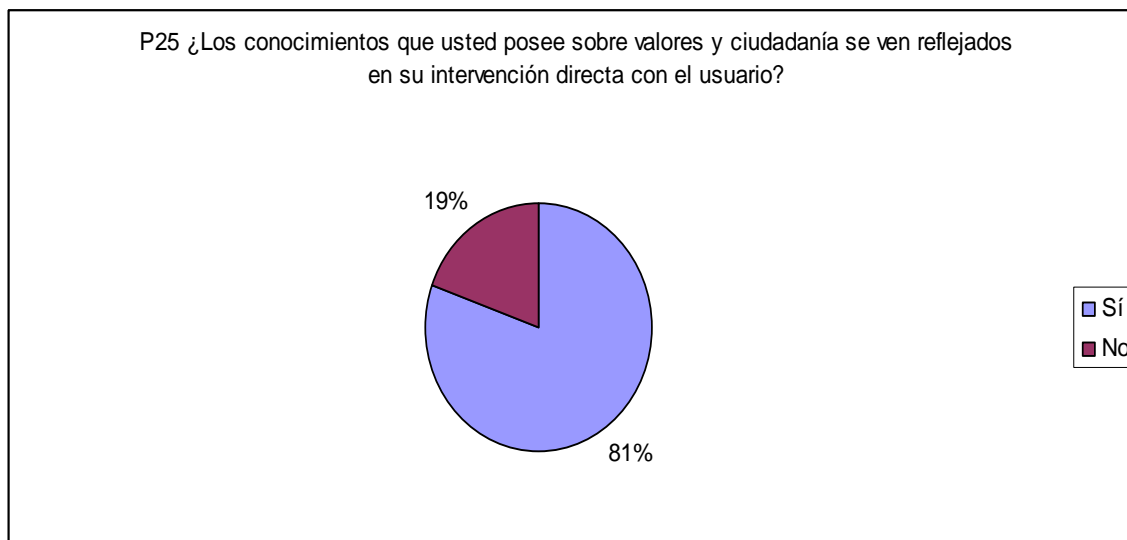
De igual forma diremos que existe nuevamente una diferencia de casi el triple en valores porcentuales al analizar la insuficiencia de la intervención en educación para la ciudadanía por ser considerada no fundamental en el proceso educativo 31.3% frente a 11.4% correspondiente a idéntica manifestación para educación en valores.

Y en relación con la insuficiencia manifestada para la terapia ocupacional, ésta suponía el 38.2% de las opiniones de los encuestados, por tanto una concepción como insuficiente muy próxima a la correspondiente a educación para la ciudadanía, que es la opinión manifestada por aproximadamente un tercio de los profesionales encuestados.

#### **6.1.24.- Relación entre contenido teórico y práctico en valores y ciudadanía en la intervención directa con el educando adicto**

**P25 ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	29	80,6	80,6	80,6
	No	7	19,4	19,4	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



Una vez planteada la cuestión sobre si los conocimientos, tanto sobre valores como sobre ciudadanía, que los profesionales poseen son reflejados en la intervención directa con el usuario/educando, pudimos apreciar que el 80.6% afirmó que realmente se ven reflejados frente al 19.4% del total de entrevistados que indica que no ocurría tal proyección de contenidos.

Podemos resaltar aquí que si bien se indica ese aproximadamente 81% de respuestas afirmativas a la transferencia educativa desde con el educando en materias como valores es patente, tanto por la importancia temporal que se le otorga en el conjunto de la intervención educativa (58.3% afirmaron que suponía la mayor parte del tiempo de actividad laboral, ver pregunta nº 21), como por la amplitud (suficiencia) asignada en la intervención sobre el educando/usuario en opinión de los profesionales entrevistados, al manifestar que es un aspecto ampliamente trabajado y que prima sobre otros (48.6% de los entrevistados, pregunta nº 22).

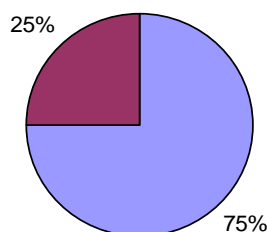
No podríamos decir lo mismo en el caso de educación para la ciudadanía puesto que el 46.9% indica que sólo se trabaja en ella como aspecto puntual de la acción educativa, a lo que habrá que añadir el hecho que el 35.3% de los encuestados indicó que se carecía de dicho contenido en el “currículo educativo/terapéutico”.

### 6.1.25.- Formación continua en adicciones

**P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	27	75,0	75,0	75,0
	No	9	25,0	25,0	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?



Planteada esta cuestión y superado un primer bloque de preguntas que nos describen a los profesionales entrevistados, junto a un segundo bloque donde se profundizó en la formación específica que poseían los profesionales y haciendo especial incidencia en aspectos como la educación en valores y en la educación para la ciudadanía, vamos a dar entrada al tercer bloque de cuestiones, mediante las cuales pretendemos analizar la formación que la administración pública andaluza ha proporcionado a los profesionales del sector que se encuentran bajo su competencia. Hemos visto en nuestro recorrido a lo largo de la formación en la red pública andaluza la existencia de planes de formación continua con carácter anual, por ello queremos ver en primer lugar que porcentaje de profesionales afirman haber recibido formación continua y dentro de ellos ver si podemos establecer alguna correspondencia con la antigüedad en la actividad profesional.

Así ante la pregunta formulada en esta ocasión se pone de manifiesto que 75% de los profesionales afirman haber recibido formación específica en adicciones durante el periodo de vinculación a la empresa u organismo público (formación continua a través de los correspondientes planes anuales de formación) .Frente a esto tendremos que el 25% manifiesta que no ha recibido formación continua alguna durante dicho periodo. Esta primera afirmación puede tener una correlación con el hecho de la limitación de plazas existentes en cada proceso formativo realizado junto con el hecho de la necesidad de garantizar durante los procesos formativos el normal funcionamiento de la comunidad terapéutica en cuestión, razón por la que no se trata de un proceso de formación que implique a todos los profesionales del sector a la vez.

Ello podría justificar la existencia de ese 25% que indican no haberla recibido. Y este porcentaje debería coincidir quizás con aquellos profesionales que menor antigüedad tienen, ya que serán los que menos posibilidades habrán tenido en poder optar a estos planes de formación. Considerando el conjunto de profesionales que tienen una antigüedad menor de un año (que representan el 5.6%), junto con los que presentan una antigüedad comprendida entre 1 y 3 años (5.6% del total), tendríamos un resultado correspondiente al 11.2% de la totalidad de los profesionales, cuya antigüedad máxima es de 3 años que como vemos no se corresponde ese 11.2% con ese 25% que manifiesta no recibirla. Sólo nos queda plantearnos si los planes anuales de formación se diseñan y se planifican para que la totalidad de los profesionales reciban la formación continua precisa y adecuada a su actividad profesional y en consonancia ala actualidad y realidad existente en torno a la adicción, o por el contrario están dirigidos a algún sector concreto de profesionales mermando notablemente la formación en otras áreas de actuación.

Por tanto del total de profesionales entrevistados, el 88.9% de ellos disponían con antigüedad mayor de tres años, por ende habrían podido disponer como mínimo de tres planes formativos y al tener en cuenta que el 75% de los profesionales manifestaron haber recibido alguna formación ya ejerciendo su actividad laboral en el sector.

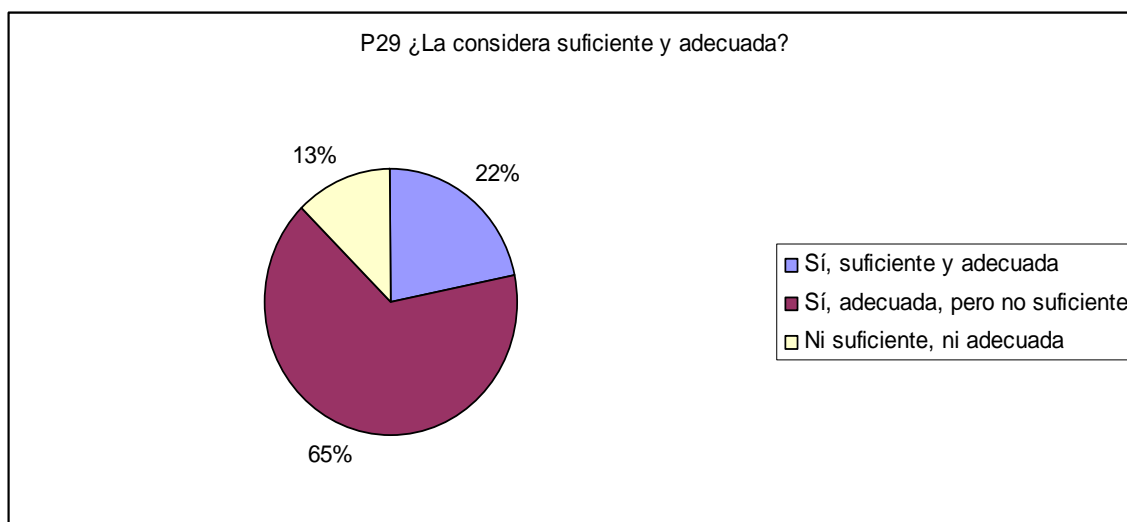
Podemos concluir sencillamente indicando que los planes de formación continua desarrollados parecen haber tenido un amplio alcance y aceptación entre los profesionales de mayor antigüedad. Cuestión diferente será si dicha formación es acorde a sus preferencias y necesidades laborales o no.

#### 6.1.26.- Carácter suficiente y adecuado de la formación continua en adicciones proporcionada a los profesionales

P29 ¿La considera suficiente y adecuada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, suficiente y adecuada	7	19,4	21,9	21,9
	Sí, adecuada, pero no suficiente	21	58,3	65,6	87,5
	Ni suficiente, ni adecuada	4	11,1	12,5	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Perdidos		4	11,1		
Total		36	100,0		

P29 ¿La considera suficiente y adecuada?



Al cuestionar a los profesionales sobre si consideraban suficiente y adecuada la formación que se les proporcionaba obtendremos que el 65.6% de los entrevistados indicaron que, si bien esta formación es adecuada, no era considerada suficiente. Por tanto manifiestan idoneidad de contenidos pero insuficiencia temporal. Frente a ello tendremos un 21.9% de los profesionales que contestaron a esta cuestión que si la consideraron adecuada y suficiente (idoneidad en contenido y tiempos) y frente a estas dos situaciones existirá un 12.5% que la consideró inadecuada e insuficiente.

Los profesionales plantean por tanto mayoritariamente (87.5%) la conformidad total o parcial con esta formación recibida (adecuación de contenidos). Se plantea, en todo caso, la necesidad de profundizar en dicha formación desde los planos de su duración temporal, más allá que en abrir nuevos campos formativos, nuevos contenidos, al existir sólo un descontento del 12.5 % de los entrevistados en dichos contenidos planteados y duración formativa. Los contenidos y la duración así como el número de asistentes a cada proceso de formación ya fueron expuestos en el capítulo 3, correspondiente a la revisión de la evolución formativa de los profesionales en la red asistencias andaluza.

Recordemos que del total de los profesionales entrevistados el 35.3% de ellos ya manifestaron la inexistencia de “contenidos curriculares” terapéuticos que se incluyeran dentro de la educación para la ciudadanía bajo su percepción propia. De igual forma otro 41.2% de los que respondieron a la cuestión planeada (ver ítem número 23 del cuestionario), manifestaron que las acciones formativas vinculadas con los contenidos ya existentes bajo la denominación de educación para la ciudadanía en el marco educativo formal, sólo tenían lugar en situaciones muy puntuales en la totalidad de la “carga educativa” en este marco no formal.

Por ello podemos decir que evidentemente la acción formativa considerada adecuada y suficiente así como aquella considerada como adecuada aunque insuficiente, en ningún caso contemplaba formación específica en los contenidos ético-cívicos incluidos bajo la denominación

específica de ciudadanía como manifiestan los propios profesionales, aunque era valorada por los mismos como un campo de acción educativa de alto interés en un 50% siempre que se ha planteado en el binomio educación para la ciudadanía /educación en valores ( ver ítem nº 18)

Si nos referimos a educación en valores, diremos que, casi con exclusividad en base a lo anteriormente expuesto, era considerada como el campo de mayor interés educativo para el 50% de los profesionales entrevistados en base a la realidad observada en el recurso asistencial (ver cuestión nº 18). Junto a ello, representaba la mayor parte de la intervención terapéutica educativa, manifestándolo el 58.3% de los casos estudiados, bajo la percepción del tiempo a ella dedicado (ver pregunta nº 21) y era considerada dicha educación en valores como un aspecto ampliamente abordado en el contexto de las comunidades terapéuticas (indicándolo como tal el 48.6% de los resultados emitidos por los profesionales, ver ítem nº 22).

Podríamos por ello concluir que todos los datos manifestados nos hacen pensar que deberían ser los contenidos en valores éticos los que más ampliamente se aborasen en la formación continua realizada y por el contrario no ocurriría lo mismo en el caso de los contenidos vinculados a la ciudadanía.

Serán analizados estos matices posteriormente ( ver pregunta nº 33), pero inicialmente podemos concluir que los profesionales parecen querer diferenciar los contenidos en valores éticos-cívicos tradicionalmente aceptados y abordados, con contenidos vinculados al concepto global más “abierto” de ciudadanía, y no abordarlos como un “todo” global.

Parece darnos a entender que la confrontación político-educativa ha traspasado también el marco de lo formal, y ha invadido, en nuestra particular situación, el marco educativo no formal.



### 6.1.27.- Formación continua en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación laboral

**P30 ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**

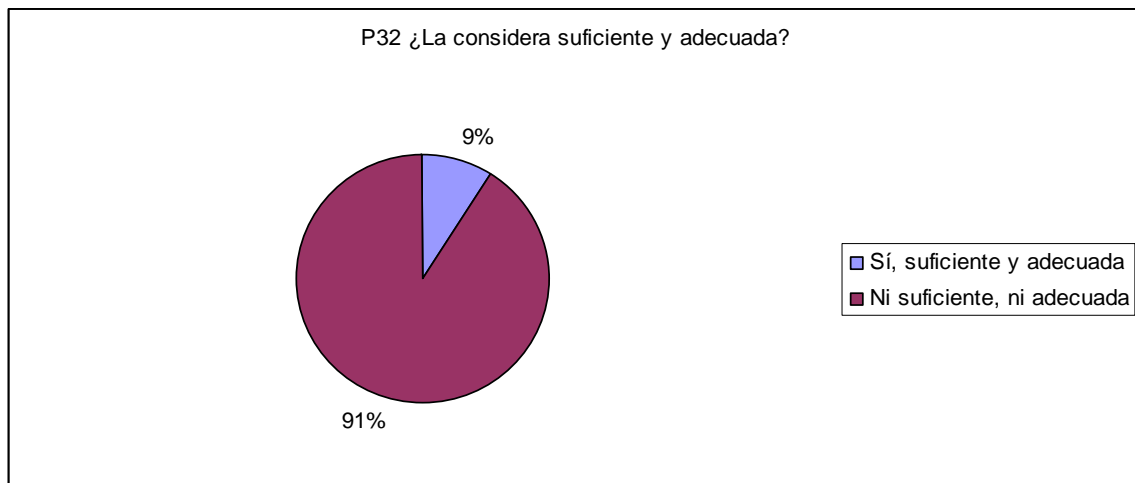
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	35	97,2	100,0	100,0
Perdidos	1	2,8		
Total	36	100,0		

En ese intento de confirmar que formación en competencias sociales y ciudadanas, en contenidos incluidos dentro de la educación para la ciudadanía se han realizado en estos recursos asistenciales, se formuló la presente cuestión obteniéndose como resultado que el 100% de los entrevistados no habían recibido en este periodo de su vinculación al recurso analizado formación alguna en contenidos correspondientes a los presentes en educación para la ciudadanía. Al responder todos los encuestados en el mismo sentido al ítem planteado, nos llevó a no realizar en esta ocasión representación gráfica sectorial, motivada como hemos ya indicado al pronunciamiento de todos los profesionales en el mismo sentido negativo.

### 6.1.28.- Carácter suficiente y adecuado de formación continua en educación para la ciudadanía

**P32 ¿La considera suficiente y adecuada?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí, suficiente y adecuada	2	5,6	9,1	9,1
Ni suficiente, ni adecuada	20	55,6	90,9	100,0
Total	22	61,1	100,0	
Perdidos	14	38,9		
Total	36	100,0		



Se formuló esta cuestión para poder valorar si esta formación en ciudadanía, en caso de haber sido recibida, era suficiente y adecuada y en su caso, en que situación nos encontramos, tanto de suficiencia como de adecuación.

Al no haberse obtenido respuesta alguna favorable en cuanto a los procesos formativos en estos contenidos, ya expuestos en la pregunta anterior, el resultado a esperar en este caso sería que el 100% de profesionales expresaran el carácter insuficiente e inadecuado de la misma.

Por el contrario, si bien es cierto que nuestra estimación esperada coincide ampliamente con las respuestas emitidas, el 90,47% lo manifestó en este sentido, un 9.52% de los entrevistados la contestaron como suficiente y adecuada.

Este 9.52% de profesionales que indican mediante su respuesta la adecuación y suficiencia podemos “interpretarlo” como una pequeña muestra dentro de los profesionales que han equiparado los contenidos tradicionalmente abordados en educación en valores tradicionalmente abordados en la intervención terapéutica en comunidad con la concepción más amplia que se recoge bajo la denominación de educación para la ciudadanía, que la norma educativa incluye dentro del currículo en la educación formal.

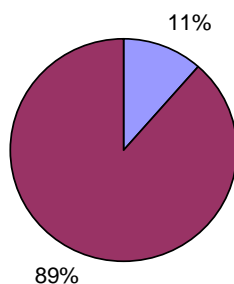
Tras reconocer no haber recibido formación alguna en esta materia (ver ítem número 30) debemos de interpretar esta disparidad existente en la respuesta emitida bajo la potencial confusión que se pudiese generar al hablar de valores morales, ético-cívicos y ciudadanos en los contenidos curriculares o bien por el rechazo que ciertos sectores de la sociedad española han podido presentar a su inclusión curricular, no siendo los recursos asistenciales y los propios profesionales, que en ellos ejercen su actividad educativa, ajenos a la polémica suscitada.

#### 6.1.29.- Formación continua en educación en valores para el desempeño de la actividad profesional durante su vinculación laboral

**P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	4	11,1	11,4	11,4
	No	31	86,1	88,6	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos		1	2,8		
Total		36	100,0		

**P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**



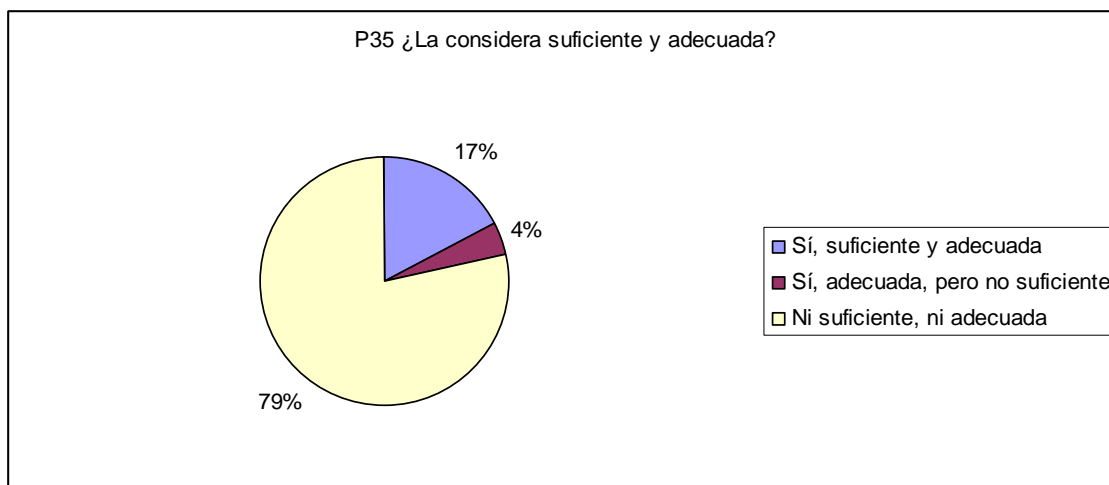
Continuando con la investigación, planteamos a los profesionales de estos recursos asistenciales, la potencial formación específica recibida en contenidos referentes a educación en valores y ante lo cual se obtuvo que el 11.4 % de los entrevistados manifiesta que si ha recibido en el periodo de vinculación laboral esta formación frente al 88.6% que indica no haberla recibido

A pesar de la importancia que los profesionales le asignan, a pesar de tener una transcendencia fundamental en el desarrollo de las acciones educativas desarrolladas, a pesar de las valoraciones sobre la suficiencia y adecuación de los contenidos presentes dados por los profesionales, podemos destacar que éstos manifiestan la ausencia de formación específica en valores, la ausencia de formación en estrategias de enseñanza y aprendizaje específicas, que ayuden al educador a abordar las situaciones que posteriormente afrontará en su acción terapéutica en relación a los valores éticos-cívicos.

#### **6.1.30.- Carácter suficiente y adecuado de la formación continua en educación en valores**

**P35 ¿La considera suficiente y adecuada?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, suficiente y adecuada	4	11,1	17,4	17,4
	Sí, adecuada, pero no suficiente	1	2,8	4,3	21,7
	Ni suficiente, ni adecuada	18	50,0	78,3	100,0
	Total	23	63,9	100,0	
Perdidos		13	36,1		
Total		36	100,0		

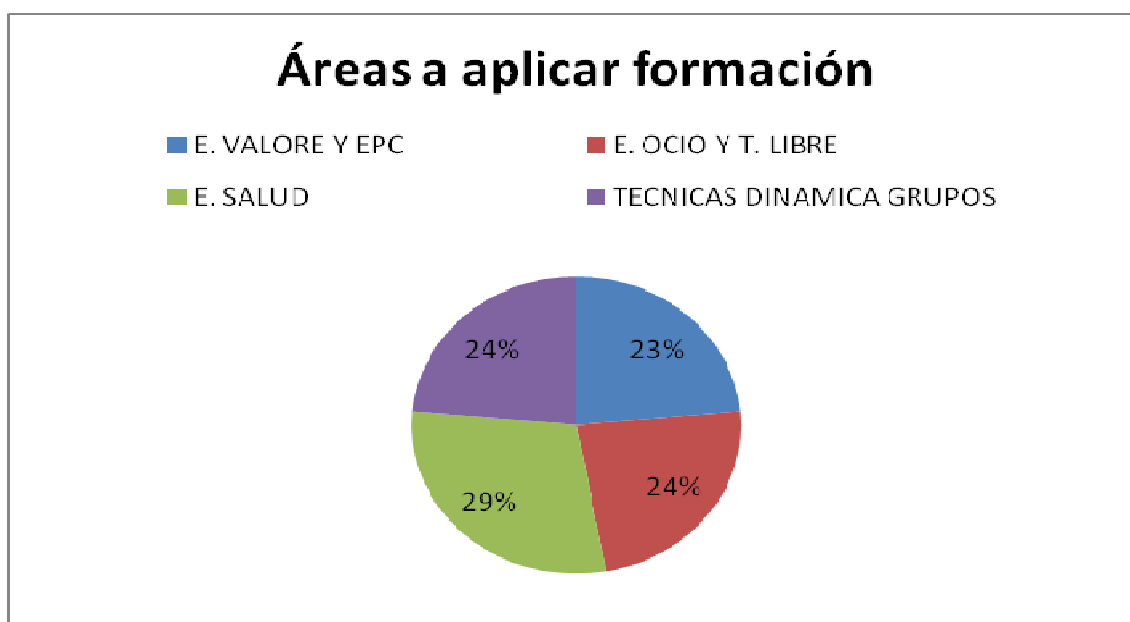


Ante la cuestión si era suficiente y adecuada dicha formación en educación en valores obtuvimos que el 78.3% manifestó su disconformidad con la formación específica recibida al valorarla como inadecuada e insuficiente frente a lo cual obtuvimos que un 4,3% mostró su conformidad en aspectos como ser adecuada en sus contenidos pero no suficiente en su desarrollo y finalmente un 17.4% indicó que si mostraban conformidad tanto con los contenidos previstos y métodos empleados (adecuada), como en la suficiencia de los mismos.

Podemos concluir manifestando por un lado que no hay en base a lo expuesto una plena satisfacción entre los profesionales con respecto a la formación recibida en educación en valores (78.3% de disconformidad planteada) y por otro lado indicaremos la inexistencia de formación alguna en educación para la ciudadanía, en base a lo manifestado por los entrevistados.

Y todo ello frente a ese 50% de profesionales que sobre el total de entrevistados manifestaban que tanto educación en valores como educación para la ciudadanía eran campos de acción educativa preferentes en los recursos asistenciales /educativos (ver pregunta nº18).

### 6.1.31.- Necesidades de mayor formación en relación a la actividad profesional desempeñada



Se planteó la posibilidad a los participantes en la investigación de decidir cuáles deberían ser las diferentes áreas de posible ampliación en la formación ofertada en los planes correspondientes. Para lo cual se les solicitó que ordenasen dichas áreas en base a sus inquietudes laborales, obteniéndose que el campo al que un mayor número de profesionales asignaron máximo interés fue el de educación para la salud (supone un 29.41% del total de apoyos presentados), quedando la potencial ampliación en contenidos en educación en valores y en ciudadanía en una segunda posición (de la totalidad de apoyos emitidos esta segunda posición representa el 33% de la totalidad).

Quedan en posteriores posiciones, en cuanto al interés formativo generado, campos como educación para el ocio y tiempo libre y el correspondiente a las técnicas de conducción de grupos. Parece a primera vista y a modo de conclusión inicial que los profesionales vuelven a optar por una línea de corte sanitaria en su formación, quizás acorde con el momento político-económico, donde se ha producido una unión competencial de consejerías, de sus contenidos y presupuestos, fusionándose en el contexto andaluz las antigua Consejería de Salud y la Consejería para la Igualdad y

Bienestar Social en una única. Y aun más, destacaremos que todo puede venir motivado por la importante disminución planteada en términos presupuestarios, que hacen primar más los aspectos sanitarios que los propiamente incluidos en las políticas sociales.

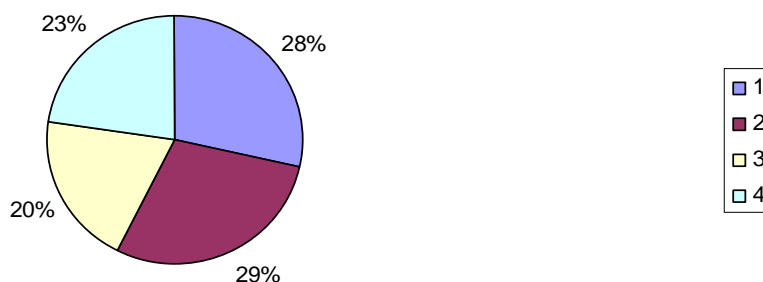
Procederemos a continuación a una rápida visión de cuáles fueron las valoraciones otorgadas por el conjunto de profesionales, en términos porcentuales, a cada uno de los campos de actuación dentro del área educativa. Recordar que se asignó valor de máxima importancia al valor 1 y mínima al valor 4.

#### a.- Necesidades formativas en Valores y Ciudadanía

P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía

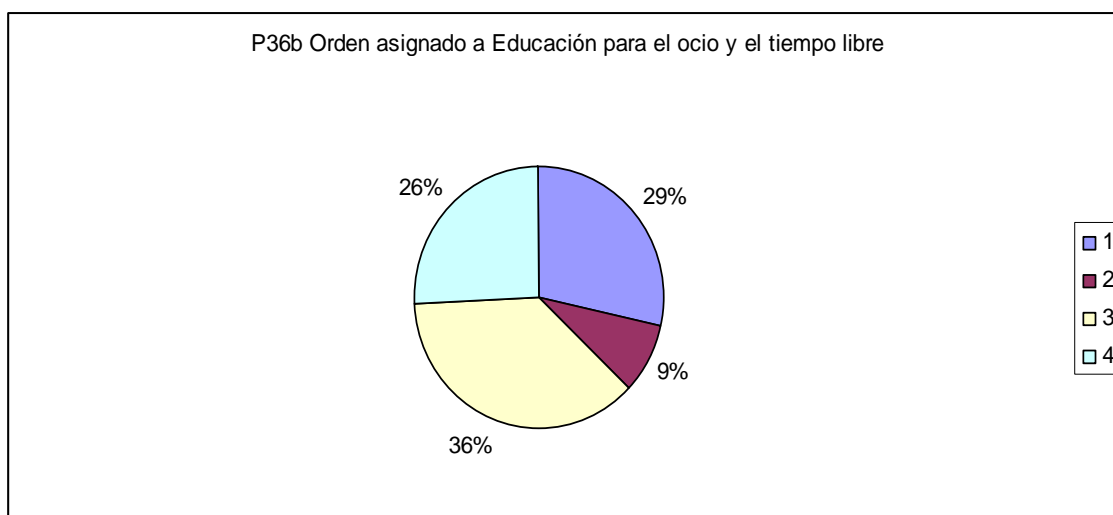
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	27,8	28,6	28,6
	2	10	27,8	28,6	57,1
	3	7	19,4	20,0	77,1
	4	8	22,2	22,9	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,8		
Total		36	100,0		

P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía



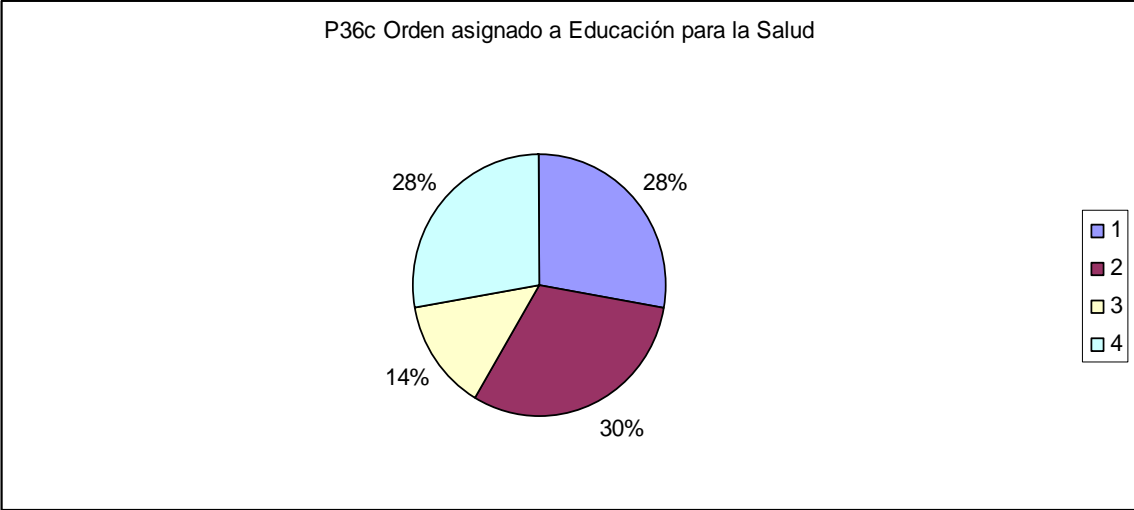
**b.- Necesidades formativas en educación para el ocio y el tiempo libre****P36b Orden asignado a Educación para el ocio y el tiempo libre**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	27,8	28,6	28,6
	2	3	8,3	8,6	37,1
	3	13	36,1	37,1	74,3
	4	9	25,0	25,7	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,8		
Total		36	100,0		

**c.-Necesidades educativas en educación para la salud****P36c Orden asignado a Educación para la Salud**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	27,8	27,8	27,8
	2	11	30,6	30,6	58,3
	3	5	13,9	13,9	72,2
	4	10	27,8	27,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

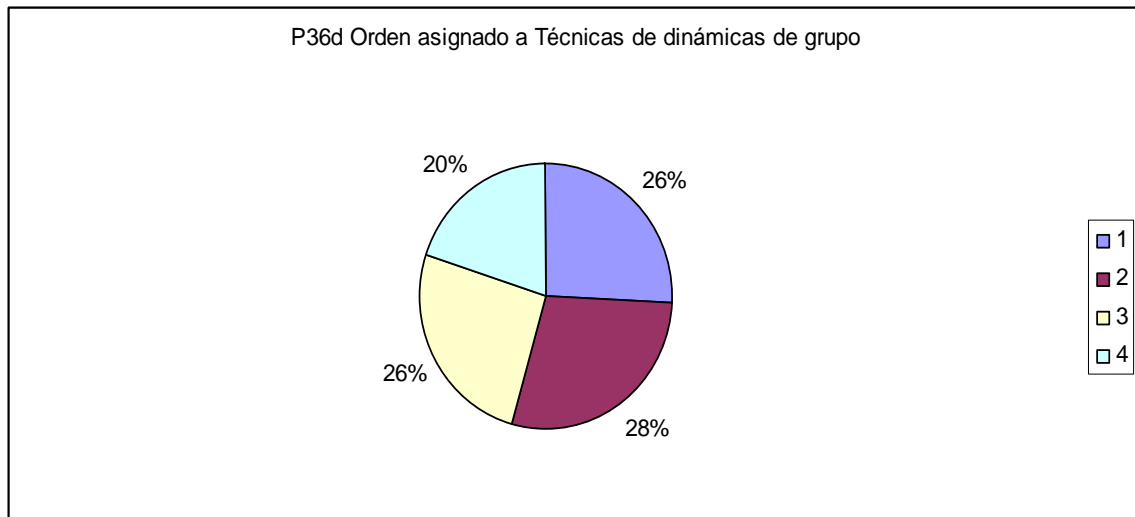




**d.- Necesidades educativas en Técnicas de dinámicas de grupo**

P36d Orden asignado a Técnicas de dinámicas de grupo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	9	25,0	25,7	25,7
	2	10	27,8	28,6	54,3
	3	9	25,0	25,7	80,0
	4	7	19,4	20,0	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,8		
Total		36	100,0		



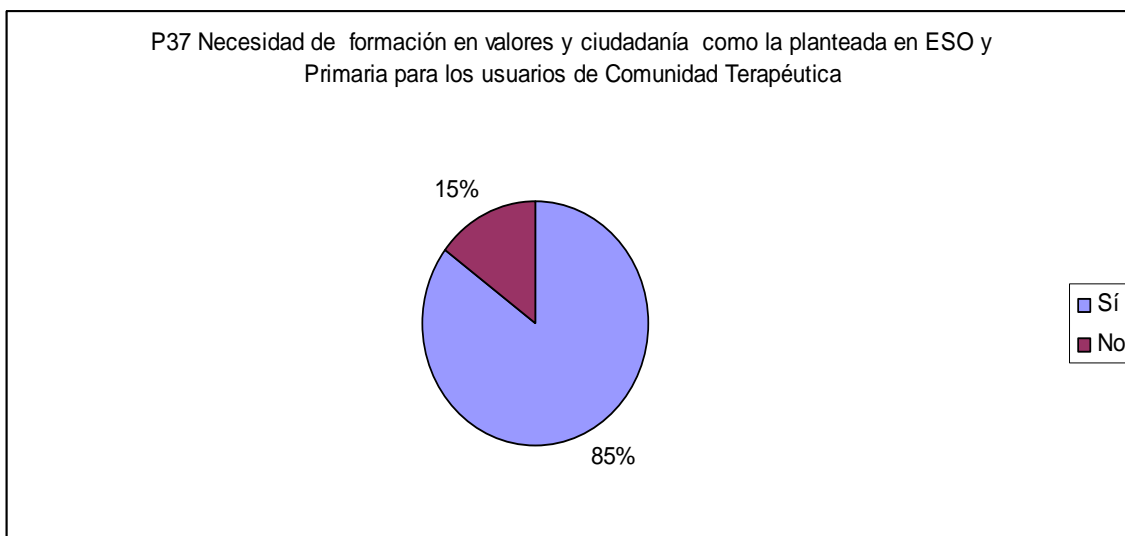
Tan sólo resaltaremos al reflexionar sobre estas valoraciones porcentuales obtenidas que, al predominar un mayor interés por profundizar en los procesos formativos vinculados a la salud, siendo éste un campo de formación que habitualmente es desarrollado por los propios profesionales de la medicina y enfermería, pudiese constituir, en base a dichos valores, un claro indicio de la orientación que las esferas de control normativo, las esferas políticas están manifestando en la actualidad. Estas orientaciones quedan reflejadas en documentos como la propia ponencia de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas del año 2011, donde ya se planteaba una integración de las adicciones dentro del propio Sistema Nacional de Salud. Proponiéndose a su vez la integración de los profesionales de las redes asistenciales en la red sanitaria y buscando una profesionalización y especialización de la atención de las adicciones dentro de la cartera de servicios de atención primaria y mental.

Quizás los profesionales de las adicciones, conscientes de esta tendencia que pueden modificar el futuro desarrollo profesional, intenten a través de las respuestas emitidas hacernos comprender la necesidad de orientar la futura formación hacia los campos de conocimiento donde parecen dirigir los esfuerzos las administraciones, pero todo ello acontece sin infravalorar la formación en valores y ciudadanía, la cual continúa ocupando la segunda posición como necesidad formativa actualmente.

### 6.1.32.- Valoración de las necesidades de formación en valores y ciudadanía para los usuarios de Comunidad Terapéutica frente a la formación recibida por los alumnos de Educación Secundaria y Educación Primaria

**P37 Necesidad de formación en valores y ciudadanía como la planteada en ESO y Primaria para los usuarios de Comunidad Terapéutica**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	29	80,6	85,3	85,3
	No	5	13,9	14,7	100,0
	Total	34	94,4	100,0	
Perdidos		2	5,6		
Total		36	100,0		



A lo largo del análisis documental y bibliográfico hemos podido constatar la importancia que la formación en los contenidos incluidos en la materia educación para la ciudadanía tiene tanto en el marco educativo formal como en el no formal. Sin embargo, dentro del ámbito de nuestro estudio, intentamos a continuación poner de manifiesto los aspectos que tienen en común, como espacio educativo, un recurso asistencial para personas con conductas adictivas y la propia escuela y en base a ello, planteamos a los profesionales la cuestión ahora abordada.

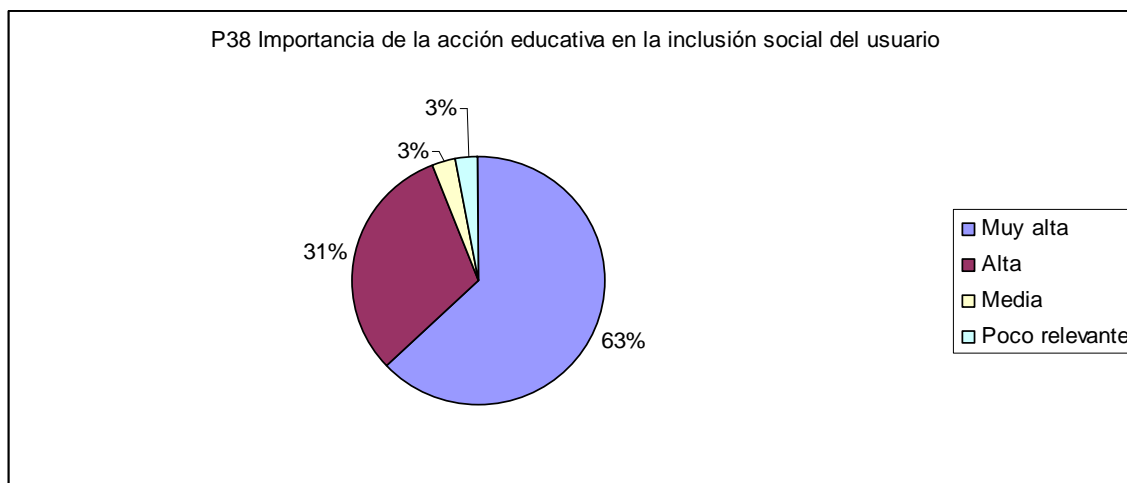
Nos referimos por tanto a la conveniencia o no de llevar a cabo un proceso formativo en educación en valores y en educación para la ciudadanía en dichas comunidades terapéuticas de igual forma a como se realiza en el medio escolar reglado a alumnos de educación secundaria y educación primaria en nuestro contexto geográfico.

Ante esta cuestión planteada, se obtuvo que el 85.3% de los encuestados estarían a favor de dichos procesos educativos, estableciendo una necesaria similitud entre ellos con los desarrollados en el marco de la educación formal, si bien recordaremos que los propios profesionales ya habían manifestado carecer previamente de formación al respecto (ver pregunta 30) y frente a ello, tendremos un 15.62% de los profesionales que no consideran preciso este desarrollo equiparable en educación para la ciudadanía, no apostando por tanto por una verdadera inclusión de la misma en el “currículo terapéutico”.

#### 6.1.33.- Importancia de la educación para la integración social del usuario

**P38 Importancia de la acción educativa en la inclusión social del usuario**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy alta	22	61,1	62,9	62,9
	Alta	11	30,6	31,4	94,3
	Media	1	2,8	2,9	97,1
	Poco relevante	1	2,8	2,9	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Perdidos		1	2,8		
Total		36	100,0		



Introducimos este ítem con la finalidad de concluir esta parte de la investigación, planteando en esta ocasión al educador / profesional terapeuta del recurso asistencial que valore la importancia que tiene la acción educativa en todo el proceso terapéutico desarrollado, pero estableciendo como premisa inicial que el objetivo del proceso en sí mismo no es el lograr un alta terapéutica en exclusividad, sino la propia integración social, comunitaria, del educando/usuario.

Ante estos hechos planteados se obtuvo que un 62.9% de dichos profesionales consideró la importancia de la acción educativa como muy alta, frente al 31.4 % que la consideró alta, aunque no la primordial. Por tanto, en su conjunto, suponen un 94.3% de respuestas favorables o muy favorables sobre el total de las emitidas. Finalmente tendremos un 5.8% de los profesionales que la considera o bien de un nivel medio de importancia o poco relevante. Los profesionales por tanto asignaron a los acciones educativas desarrolladas una importancia de alta relevancia en el proceso terapéutico (el 66.7% manifestaron ser la base de la actuación laboral desempeñada), suponía a su vez el 34% de las acciones desarrolladas al considerar la globalidad del programa de intervención terapéutica y para finalizar establecieron que la intervención educativa suponía una muy relevancia alta o muy alta en un 94.3%de las respuestas emitidas.

Por ello, a partir de los resultados obtenidos y sin dejar de reconocer la existencia de una amplia intervención educativa en las comunidades terapéuticas analizadas en este estudio, sí reivindicaremos que el necesario papel del educador debe ser potenciado aún más debiendo convertirse en el “verdadero” gestor de la historia del paciente, del usuario, al ser trascendental la valoración otorgada a la importancia de los aspectos educativos tanto en el desarrollo del programa de intervención terapéutica como en el proceso posterior de inclusión social. Quizás bajo esta filosofía de transversalidad, de reducción del daño en la que se enmarca el II Plan Andaluz de drogas y adicciones, sea preciso no dar tanto valor a la abstinencia o al abandono de la conducta adictiva, en base al reconocimiento del carácter crónico y recidivante del proceso, y potenciar los elementos, las estrategias, que supongan una mejora en la socialización y en la inclusión comunitaria.

## **6.2. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL CUESTIONARIO PARA USUARIOS. VALORACIÓN E INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA DE LOS RESULTADOS.**

Al proceder a la valoración e interpretación de los resultados obtenidos del cuestionario para usuarios, vamos en este momento a considerar aquellas cuestiones formuladas que van a proporcionarnos respuestas cerradas. Dichas respuestas cerradas van a permitir una cuantificación y análisis de las mismas con cálculos estadísticos más o menos sofisticados.

Por el contrario extraeremos de este conjunto de cuestiones aquellas en las que se les permitió a los usuarios formular respuestas abiertas, las cuales serán valoradas e interpretadas más adelante. Dichas respuestas abiertas, como es manifestado por la propia doctrina educativa, se suelen incluir en los

cuestionarios con fines exploratorios para averiguar tendencias de comportamiento de los sujetos; es decir para conocer como se comportan y o cómo interpretan las personas un determinado tema desde su propia perspectiva, con todas sus posibles variaciones y sin que el investigador proponga previamente distintas opciones de respuesta.

En numerosas ocasiones, tal y como ocurre en el diseño de nuestro cuestionario estas respuestas abiertas pueden incluirse acompañando a las respuestas cerradas del mismo, de forma que sea posible expresar lo que desee cada sujeto sobre una cuestión determinada con sus propias palabras, complementando de esta forma las opciones a elegir que habían sido previamente propuestas por el investigador.

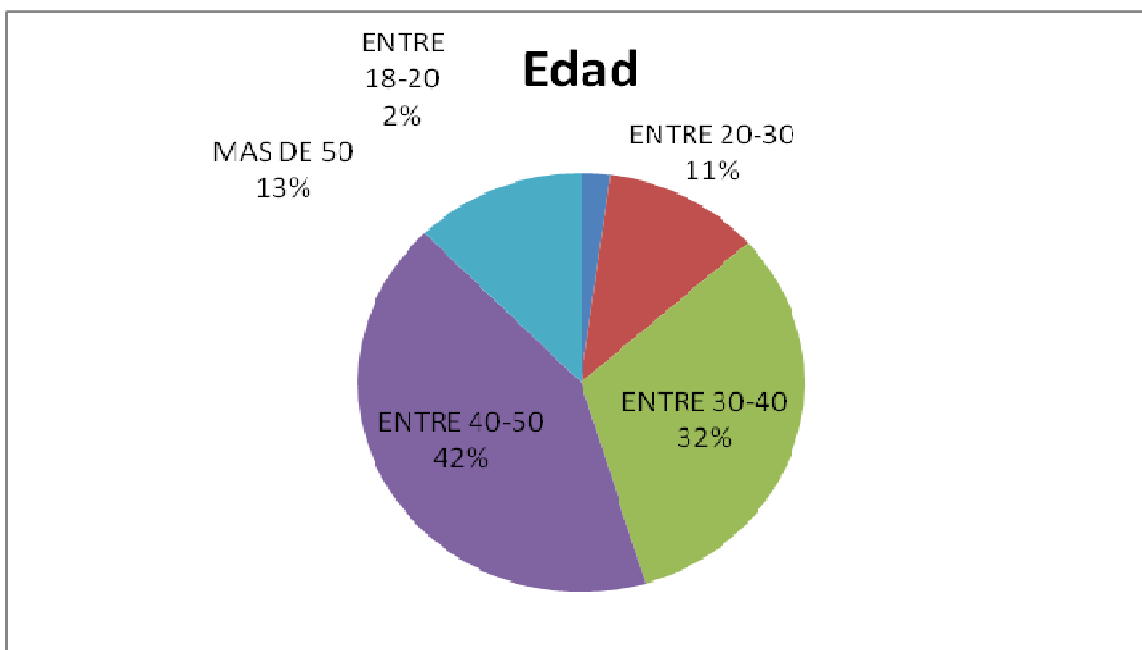
Las respuestas abiertas son respuestas de tipo cualitativo, que precisan ser tratadas previamente con el denominado análisis de contenido.

En este momento procederemos a la valoración e interpretación de las cuestiones que permiten respuestas cerradas en el cuestionario planteado, excluyendo las que corresponderían a las preguntas P13, P14, P18, P25, P28 y P31, que serán analizadas e interpretadas posteriormente.

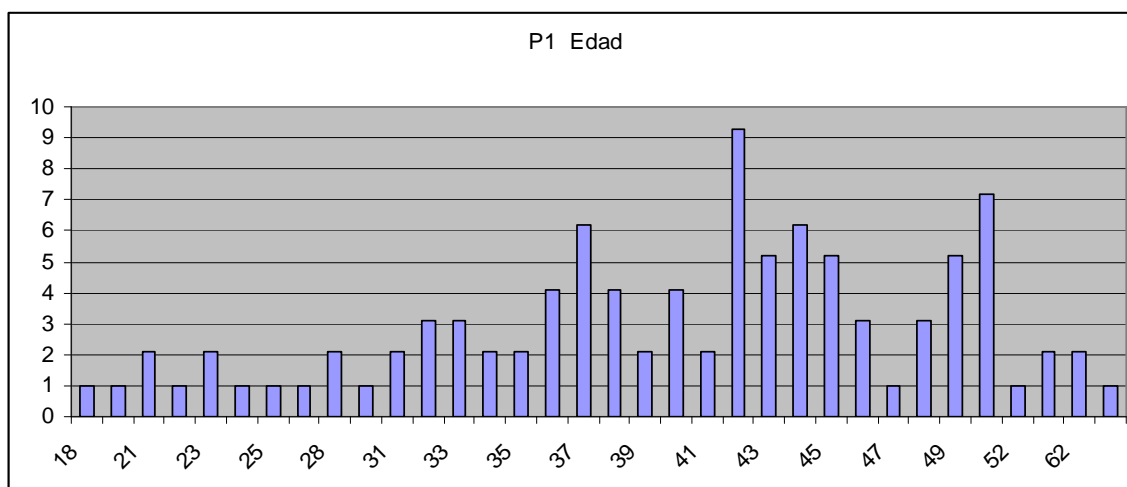
### 6.2.1.- Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18	1	1,0	1,0	1,0
	19	1	1,0	1,0	2,1
	21	2	2,1	2,1	4,1
	22	1	1,0	1,0	5,2
	23	2	2,1	2,1	7,2
	24	1	1,0	1,0	8,2
	25	1	1,0	1,0	9,3
	26	1	1,0	1,0	10,3
	28	2	2,1	2,1	12,4
	29	1	1,0	1,0	13,4

31	2	2,1	2,1	15,5
32	3	3,1	3,1	18,6
33	3	3,1	3,1	21,6
34	2	2,1	2,1	23,7
35	2	2,1	2,1	25,8
36	4	4,1	4,1	29,9
37	6	6,2	6,2	36,1
38	4	4,1	4,1	40,2
39	2	2,1	2,1	42,3
40	4	4,1	4,1	46,4
41	2	2,1	2,1	48,5
42	9	9,3	9,3	57,7
43	5	5,2	5,2	62,9
44	6	6,2	6,2	69,1
45	5	5,2	5,2	74,2
46	3	3,1	3,1	77,3
47	1	1,0	1,0	78,4
48	3	3,1	3,1	81,4
49	5	5,2	5,2	86,6
51	7	7,2	7,2	93,8
52	1	1,0	1,0	94,8
54	2	2,1	2,1	96,9
62	2	2,1	2,1	99,0
71	1	1,0	1,0	100,0
Total	97	100,0	100,0	







Iniciamos la valoración e interpretación del cuestionario elaborado para usuarios de idéntica manera a como se realizó en el caso de los profesionales, describiendo el perfil de las personas adictas que hacen uso de estos particulares servicios asistenciales. Por operatividad, debido a la variedad de edades presentes en la muestra, creímos adecuado establecer cinco grupos de usuarios en base a su edad, facilitando así la posible valoración de los resultados obtenidos.

La primera cuestión a considerar en la descripción del perfil sería por tanto la edad del encuestado y en base a los resultados obtenidos, podemos afirmar que el 42.26% de los entrevistados tienen edades comprendidas entre 40 a 50 años. Así mismo entre 30 a 40 años nos encontramos con el 31.95% de la muestra. De igual forma, diremos que el grupo de personas mayores de 50 años supuso el 12.37%, y presentaron edades por debajo de los 30 años el 13.4% de la muestra, de los que el 11.34% tenían entre 20 y 30 años y el 2.06% entre 18 y 20 años.

Podemos concluir, en esta primera aproximación al perfil de los usuarios, afirmando que nos encontramos con adictos cuya edad supera los treinta años en una proporción del 86.58%, frente a una población joven (hasta 30 años) que representa el 13.4%. Superarían los 40 años de edad un 54.63% de los encuestados, por lo que podemos preveer inicialmente que la población de

educandos adictos presenta una historia adictiva de larga duración, plenamente cronificada, con numerosas recidivas en el tiempo y por tanto con amplias dificultades personales y sociales para abandonar dicha conducta.

### 6.2.2.- Sexo

P 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	0	0	0	0
	Masculino	100,0	100,0	100,00	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

En este apartado podemos decir que la totalidad de los usuarios valorados son hombres. El 100% de los residentes de las comunidades terapéuticas estudiadas lo son, al tratarse de recursos asistenciales donde hay una segregación por sexos y no existir recurso específico en el marco geográfico en el que se circunscribe la investigación.

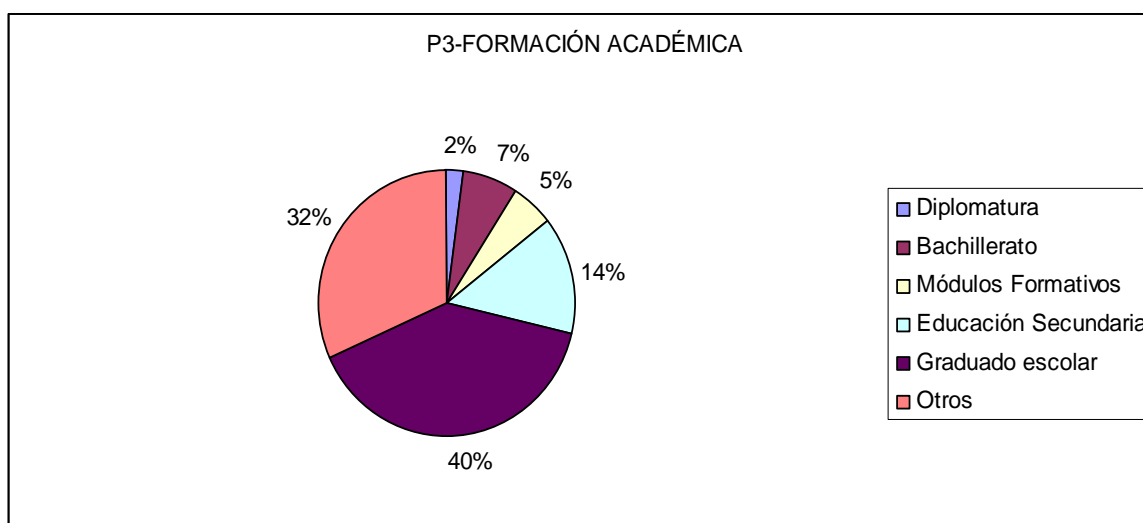
No existiendo comunidad terapéutica por tanto para mujeres en esta Comarca objeto de estudio, no podremos valorar si hay diferencias entre las respuestas emitidas al cuestionario en base al sexo del usuario.

Carece de sentido por tanto ofrecer una representación gráfica sectorial, como venimos haciendo con cada cuestión analizada, ya que la totalidad de la misma la constituye un único sector (sexo masculino).

### 6.2.3.- Formación académica

P3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Diplomatura	2	2,1	2,1	2,1
	Bachillerato	7	7,2	7,2	9,3
	Módulos Formativos	5	5,2	5,2	14,4
	Educación Secundaria	14	14,4	14,4	28,9
	Graduado escolar	38	39,2	39,2	68,0
	Otros	31	32,0	32,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



El objetivo de este ítem era valorar la formación académica que disponían los usuarios y los resultados obtenidos nos indicaron que el 39.2% tenía graduado escolar, el 14.4% educación secundaria obligatoria, el 7.2% había cursado bachillerato, el 5.2% algún módulo formativo y el 2.1% presentaban formación universitaria (diplomatura), quedando un resto que representa el 32% del total de los encuestados que se encuadran bajo el

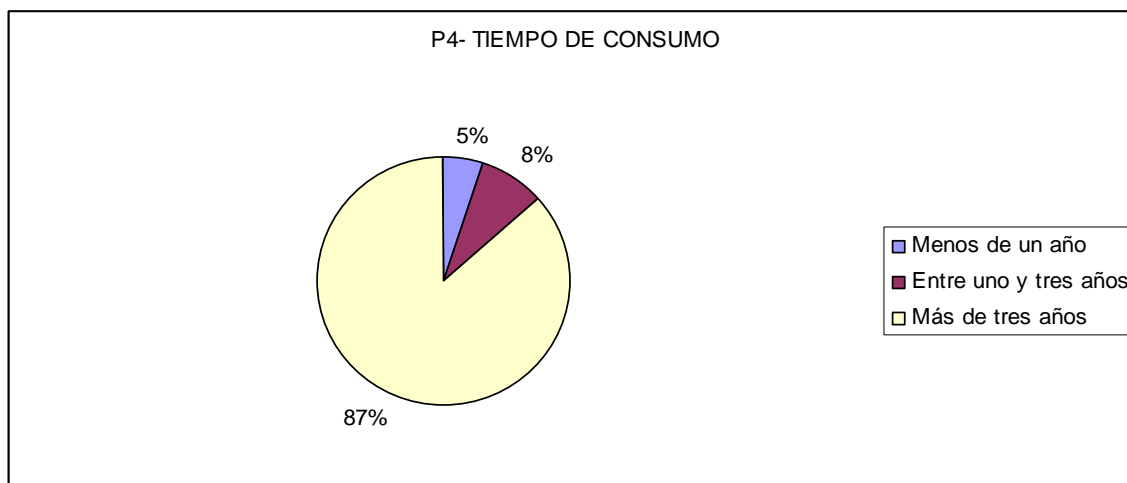
epígrafe “otros” y que no tienen encaje dentro de ninguno de los apartados anteriores, básicamente motivado por tratarse de usuarios que han abandonado el sistema educativo reglado a edades prematuras.

Podemos concluir en esta ocasión manifestando que una escasa o baja formación académica acompaña a los usuarios de los servicios asistenciales. Al considerar los usuarios que disponen formación académica más allá de la obligatoria por ley tendremos un 14.5% del total, frente a situaciones de abandono y fracaso escolar que se encontrarían dentro del segmento más numeroso, el 32% de los usuarios estarían englobados dentro del epígrafe “otros” al cual nos estamos refiriendo en esta ocasión. Estas carencias formativas no son más que un factor de opresión más junto al propio proceso adictivo y que notablemente van a contribuir a “dificultar”, si es posible más aún, el proceso “liberador” que se plantea para cada usuario en cada uno de los recursos asistenciales de nuestra investigación. Frente a este escenario, nos encontraremos de igual forma que el 53.6% de los encuestados adictos si disponen del nivel educativo obligatorio establecido por ley.

#### **6.2.4.-Tiempo de consumo o mantenimiento de conducta adictiva sin sustancias**

**P4**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1,0	1,0	1,0
Menos de un año	5	5,2	5,2	6,2
Entre uno y tres años	8	8,2	8,2	14,4
Más de tres años	83	85,6	85,6	100,0
Total	97	100,0	100,0	



El objetivo en esta ocasión era conocer el tiempo de consumo de sustancias o de mantenimiento de la conducta adictiva en el caso de nuestra muestra de usuarios, hecho ante el cual nos encontramos que el 85.6% de los entrevistados presentaban un permanencia en el consumo o en la conducta adictiva superior a 3 años, el 8.2% entre uno y tres años y finalmente el 5.2% tenía una antigüedad en el consumo de menos de un año. No contestaron a la cuestión planteada un 1% de los encuestados.

Nos encontramos, por tanto, ante un usuario tipo que se corresponde mayoritariamente con un perfil cuya de edad es superior a los 30 años y con una antigüedad en el consumo de sustancias y/o mantenimiento de conductas adictivas superior a los tres años.

Llama poderosamente la atención que frente a esta amplia proporción de usuarios de antigüedad significativa en el mantenimiento de la conducta adictiva, tan solo representan el 13.4% los usuarios con una antigüedad en la adicción por debajo de los tres años. Se puede deducir que se cumple la afirmación repetida en la literatura especializada, que las comunidades terapéuticas, tratándose de recursos de alta exigencia, tradicionalmente no han sido atractivas para los adictos de larga antigüedad en el consumo, pero quizás si han pasado a convertirse para ellos en recursos “de paso y de normalización temporal”, y aún más cuando se bajan considerablemente los criterios de exigencia y los objetivos a cubrir para la obtención de un alta terapéutica.

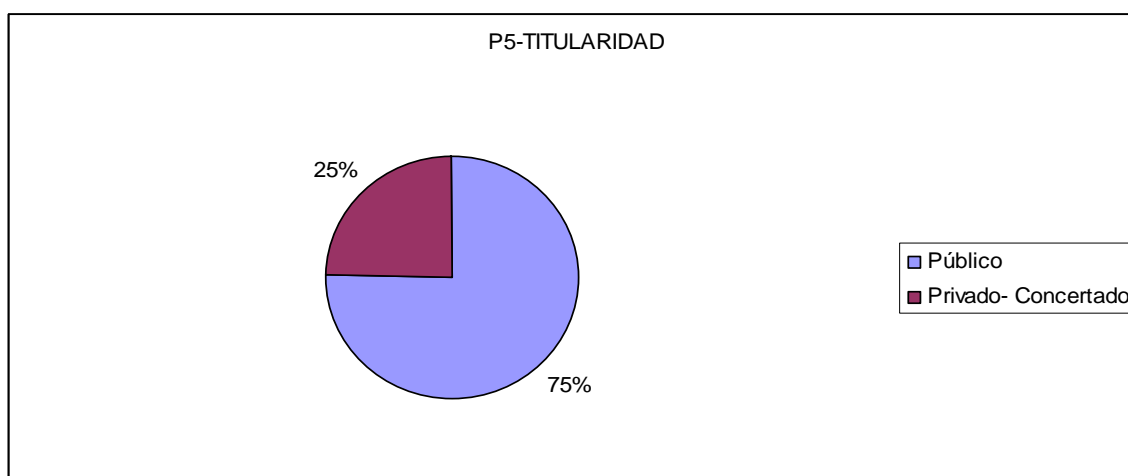
Así, la edad media del usuario nos viene a indicar que no se consigue el abandono definitivo de la conducta “opresora”, por lo que quizás debería plantearse una nueva dimensión en la intervención llevada a cabo en estos recursos.

Podemos plantearnos si las comunidades terapéuticas, como recursos, no han pasado de ser centros asistenciales de alta exigencia a centros de reducción del daño, donde sin perder la visión del abandono de la conducta adictiva, ésta no es considerada como el único factor a trabajar con el equipo de profesionales.

#### 6.2.5.- Titularidad del Centro

P5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Público	73	75,3	75,3	75,3
	Privado- Concertado	24	24,7	24,7	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



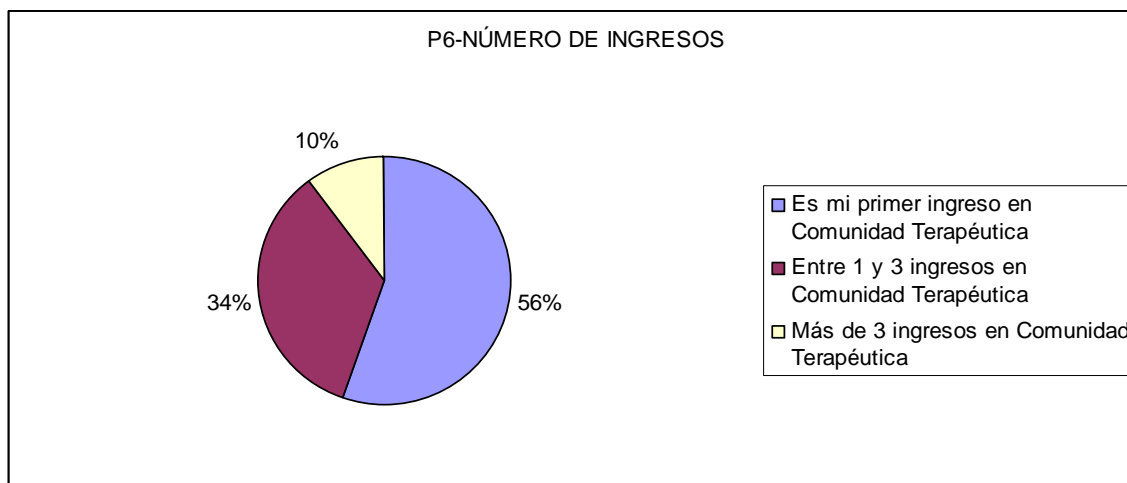
Al valorar la titularidad del centro donde reciben atención terapéutica, hemos querido plasmar tan sólo el nivel de conocimiento que presentan los usuarios en relación a los esfuerzos que la Administración directa o indirectamente a través de concertos ofrece para mejorar su calidad de vida. La adicción “oscurece la visión de la realidad individual y colectiva”, podríamos decir que “oprime y deshumaniza al ser humano”, pero es importante que el propio hombre tome conciencia de la causa que lo oprime y es importante saber hasta que punto se siente participe de un colectivo como ciudadano y que sea conocedor de que supone el carácter público del recurso asistencial en tanto inversión de recursos económicos de la comunidad.

Los resultados obtenidos fueron que el 75.3% conocía que se encontraba en un recurso público, mientras que el 24.7% sabía que el recurso era privado-concertado. Es de destacar que respondieron la totalidad de los entrevistados a esta cuestión, no surgiendo ninguno que dudase de la naturaleza del recurso utilizado.

#### 6.2.6.- Número de ingresos en Comunidad Terapéutica en los últimos 5 años

P6

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1,0	1,0	1,0
Es mi primer ingreso en Comunidad Terapéutica	53	54,6	54,6	55,7
Entre 1 y 3 ingresos en Comunidad Terapéutica	33	34,0	34,0	89,7
Más de 3 ingresos en Comunidad Terapéutica	10	10,3	10,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Ante la definición planteada por la Ley Andaluza en relación a qué entendemos por drogodependencia, al manifestar la propia norma el carácter crónico de la misma, quisimos ver si los usuarios de los recursos asistenciales presentaban frecuentes ingresos, frecuentes y habituales usos de estos concretos recursos. Este uso con mayor o menor frecuencia del recurso nos llevaría a una visión que reflejaría la cronicidad del proceso, la permanencia de las recaídas como fenómeno intrínseco y asociado a la patología, o por el contrario nos indicaría que era tan sólo algo puntual la utilización de la comunidad terapéutica como recurso asistencial, no estableciéndose una continuidad en el uso de estos recursos. Todo ello es valorado para un periodo de tiempo que entendimos razonable de cinco años, y que justificamos al ser el mismo periodo temporal establecido para el desarrollo del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Es lógico puesto que los objetivos y las acciones establecidas en el II Plan Andaluz antes referido, al tener un marco temporal concreto de cinco años, tendrán como finalidad que al finalizar dicho periodo sea posible la valoración favorable de los mismos.

Los resultados que obtuvimos fueron que el 54.6% de los encuestados era su primer ingreso en centro residencial, el 34.0% habían tenido entre uno y tres ingresos en los últimos cinco años y en el caso de más de tres ingresos teníamos un 10.3 % de los encuestados.



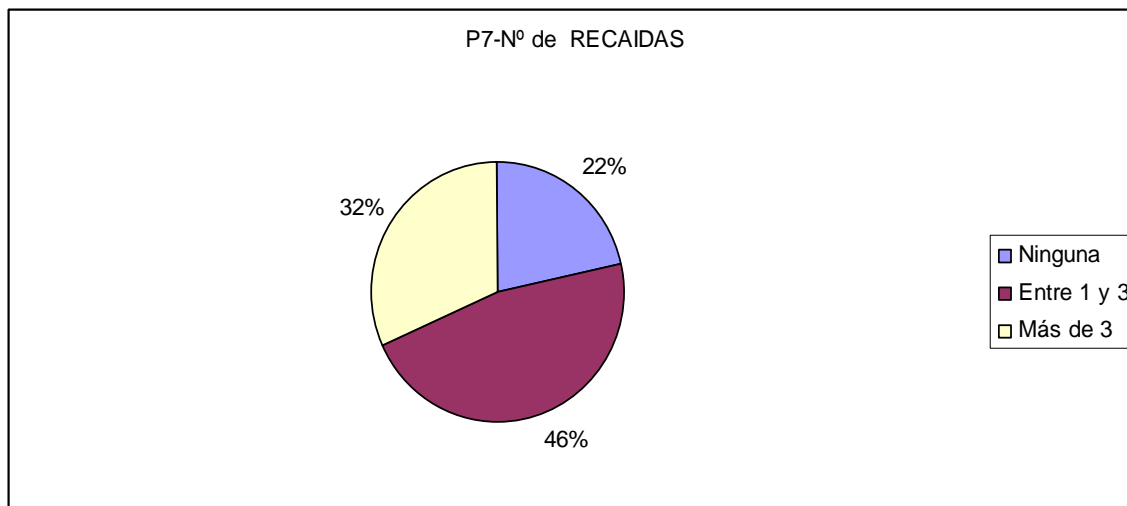
Hemos de hacer constar que estos datos son referidos tan sólo al uso de los recursos asistenciales cerrados y con carácter residencial, recurso de “alta exigencia”, si bien en la red andaluza existen una mayor variedad de recursos. Motivado a su característica intrínseca, a esta “alta exigencia” del recurso, la cual podría hacernos pensar una importante caída de su utilización por los adictos de menor antigüedad en el consumo, nos encontraremos que los resultados obtenidos nos indican que mantienen la validez como recurso asistencial dichas comunidades terapéuticas, al encontrarnos con el hecho que la mayor proporción de usuarios se encuentran en la franja correspondiente a la primera ocasión de utilización de recurso.

Deberíamos de barajar también la hipótesis que la adherencia al recurso tan sólo es favorable en primeras instancias y por el contrario, la no persistencia de la “acción liberadora” que en ellos se consigue, las recaídas que posteriormente surgirán, hace que los resultados no sean tan favorables en realidad.

#### 6.2.7.- Recaidas en los últimos 5 años

P7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	21	21,6	21,6	21,6
	Entre 1 y 3	45	46,4	46,4	68,0
	Más de 3	31	32,0	32,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



Planteamos y analizamos por tanto una cuestión crucial. Queríamos en este momento conocer cual era el número de recaídas que presentan nuestros potenciales educandos /usuarios en el mismo intervalo temporal de cinco años y a partir de aquí compararemos ya las recaídas y los ingresos residenciales.

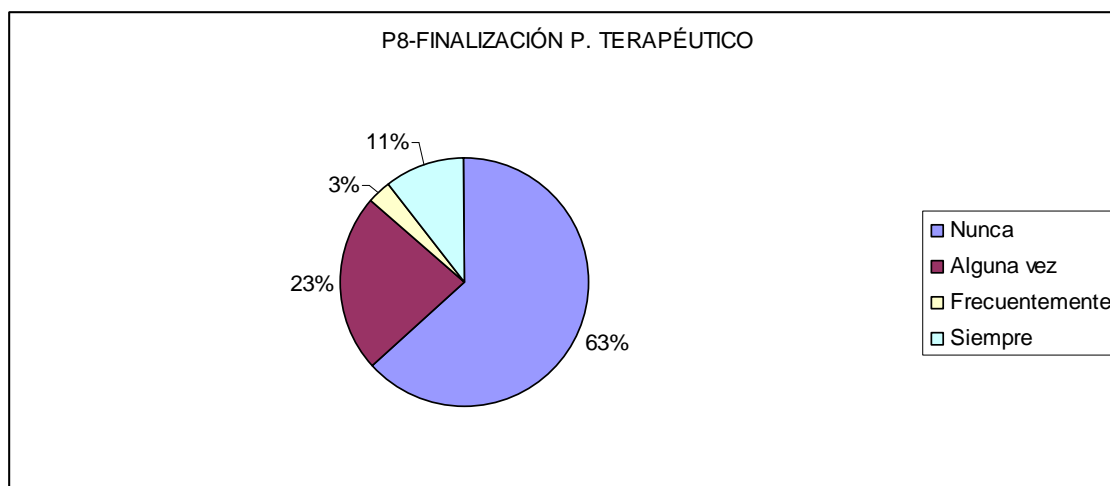
Los resultados nos indicaron que el 46.4% de los usuarios habían presentado entre una y tres recaídas en ese periodo temporal, de igual forma el 32% habían presentado más de tres recaídas en el mismo periodo y finalmente el 21.6% al ser su primer uso del recurso, no habían presentado recaída alguna, puesto que con anterioridad habían consumido de forma continuada, no presentando desde el inicio del mismo una etapa de abstinencia.

Podemos sencillamente dejar patente un hecho, el de la dificultad que a nuestros educandos les plantea vivir abstinentes o carentes de dicha conducta adictiva, ya que el 78.4% de ellos han presentado algún episodio de recaídas en el periodo de cinco años. La realidad que supone el “sometimiento adictivo” sigue persistiendo en sus vidas. Habrá por tanto que adentrarnos en la búsqueda de nuevos caminos para conseguir objetivos y resultados más favorables, y es ahí a nuestro entender donde la pedagogía, las ciencias de la educación, la propia pedagogía social debería entrar en juego.

### 6.2.8.- Finalización del programa terapéutico

P8

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2,1	2,1	2,1
Nunca	60	61,9	61,9	63,9
Alguna vez	22	22,7	22,7	86,6
Frecuentemente	3	3,1	3,1	89,7
Siempre	10	10,3	10,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	



En el caso de ser usuario de centro residencial asistencial les planteamos si había finalizado favorablemente su proceso terapéutico en alguna ocasión y ante esta cuestión obtuvimos que el 61.9% nunca lo habían conseguido, el 22.7% alguna vez, el 3.1% lo calificaba como frecuentemente y el 10.3% manifestó haberlo logrado siempre. El 2.1% fue la proporción de valores perdidos por el sistema ya que no emitieron respuesta alguna a la pregunta formulada el mismo número de usuarios.

Si comparamos los residentes que afirman que nunca consiguen finalizar el proceso terapéutico (abandono del mismo) nos encontramos con un 61.9%

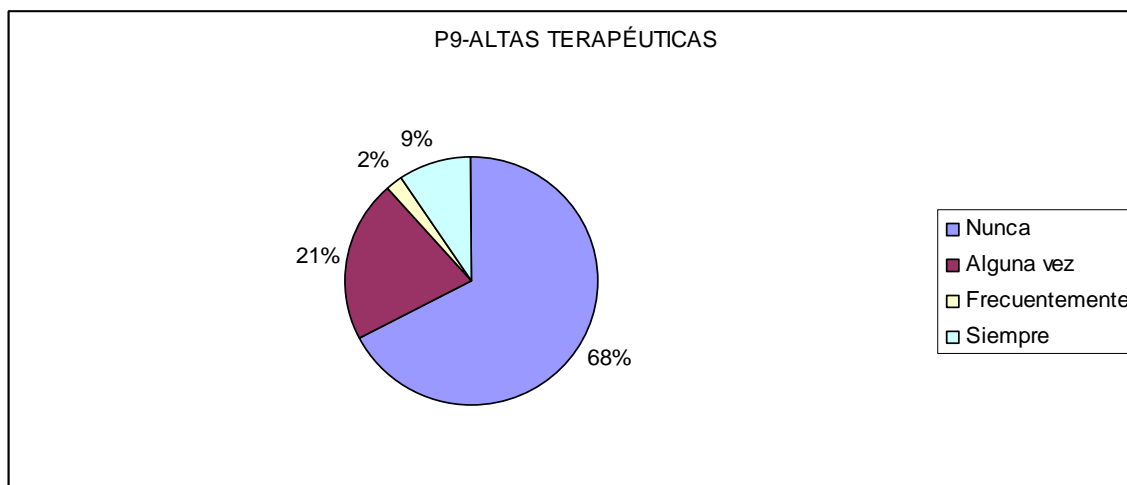
frente a los 36.1% que en un mayor o menor grado si manifiestan haber finalizado el proceso.

Es necesario por tanto valorar si este alto porcentaje de abandono lo que hace es indicarnos la necesidad de replantearnos objetivos, estrategias y acciones realizadas en estos recursos, de forma que la adherencia de los usuarios se vea incrementada y la finalización del programa terapéutico ejecutado sea mayor o bien, por el contrario, si sería más adecuada reconvertir la propia identidad del recurso, de tal forma que pasase de ser considerado como un recurso de “alta exigencia” a “otro nivel de mandato terapéutico” y donde habría que reconsiderar objetivos perseguidos, estrategias adoptadas y acciones emprendidas.

#### **6.2.9.- Altas terapéuticas obtenidas tras su ingreso en Comunidad Terapéutica**

P9

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2,1	2,1	2,1
Nunca	64	66,0	66,0	68,0
Alguna vez	20	20,6	20,6	88,7
Frecuentemente	2	2,1	2,1	90,7
Siempre	9	9,3	9,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Ante la posible confusión que en la población de usuarios hubiese generado la pregunta anterior (ver ítem 8), volvimos a formular la cuestión a analizar de forma diferente. Procedimos en esta ocasión a preguntar a los usuarios del recurso si habían obtenido un alta terapéutica, lo cual debería indicar “en sentido estricto” la finalización del programa terapéutico, por la consecución de los objetivos “perseguidos en su ingreso”. Hemos entrecomillado los términos anteriores porque queríamos incidir en el hecho reciente de la “flexibilización” cada vez mayor de los objetivos perseguidos con cada usuario, de manera que cada vez más se ha ido asemejando la intervención terapéutica en estos recursos con las intervenciones educativas en el marco de la educación formal. Y aquí podíamos plantearnos si esta “flexibilización de objetivos individualmente considerados” hace lograr una mayor inclusión social del usuario adicto o por el contrario, dicha flexibilización ha mejorado notablemente la viabilidad del recurso, su adaptación y justificación a nuevos tiempos de carencias económicas, pero no a la consecución de los objetivos exigidos.

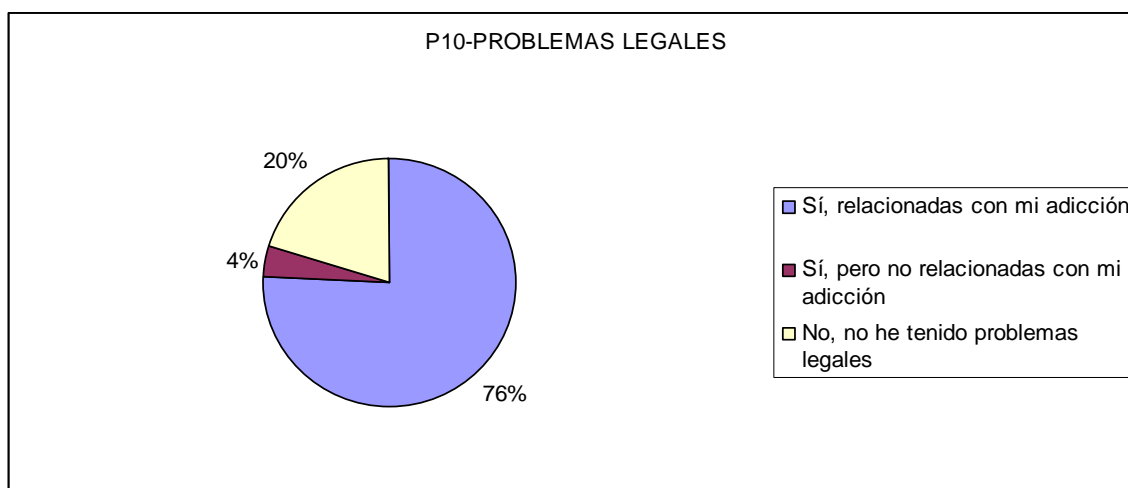
Ante ello tenemos que, habiendo contestado el mismo número de entrevistados a esta cuestión que en el caso anterior, el 66% volvió a manifestar que nunca consiguió un alta terapéutica, el 20,6% indicó que alguna vez, frecuentemente fue la opción escogida por el 2.1 y el 9,3% manifestó que siempre la obtuvo. Dos fueron los usuarios que rechazaron contestar esta cuestión al igual que la anteriormente formulada.

A pesar de fluctuar ligeramente las respuestas porcentualmente, podemos decir que lo más significativo quizás sea que por encima del 50%, incluso del 60% de los entrevistados, manifiestan que ni consiguen el alta terapéutica, ni consiguen finalizar el programa de intervención, por tanto los objetivos establecidos no son conseguidos en un amplio porcentaje. Podemos por tanto hablar de “fracaso terapéutico” y plantearnos, en una línea mayoritariamente economicista, la conveniencia o no del mantenimiento del modelo de recurso frente a dirigir los esfuerzos económicos hacia otros de “menor exigencia”, mayor adherencia y mayor “visibilidad comunitaria”.

#### 6.2.10.- Problemas legales asociados a la adicción

P10

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	3,1	3,1	3,1
Sí, relacionadas con mi adicción	71	73,2	73,2	76,3
Sí, pero no relacionadas con mi adicción	4	4,1	4,1	80,4
No, no he tenido problemas legales	19	19,6	19,6	100,0
Total	97	100,0	100,0	



En el momento de plantear el marco teórico de nuestra investigación, hemos propuesto establecer un paralelismo entre el avance que ha tenido la discapacidad intelectual y por ende la educación especial, con la intervención terapéutica en adicciones. En el primero de los casos se ha ido evolucionando desde una perspectiva en sus orígenes plenamente sanitaria y medicalizada a otra más educativa y desde intervenciones en centros residenciales cerrados y aislados a acciones educativas en espacios de convivencia dentro de las propias comunidades ciudadanas.

Nos preguntamos en el inicio de nuestra investigación porqué la pedagogía no había entrado, con el mismo “entusiasmo”, en campo de las adicciones y pensamos quizás en la imagen de conflictividad social que acompaña al usuario/educando de estos recursos.

Por ello planteamos las cuestiones que vamos a valorar a continuación. A la cuestión si habían tenido problemas legales asociados a su conducta adictiva los resultados obtenidos indicaban que el 73.2% si los tenían y eran además conscientes y conocedores de la asociación que esos problemas legales tenían con su conducta adictiva.

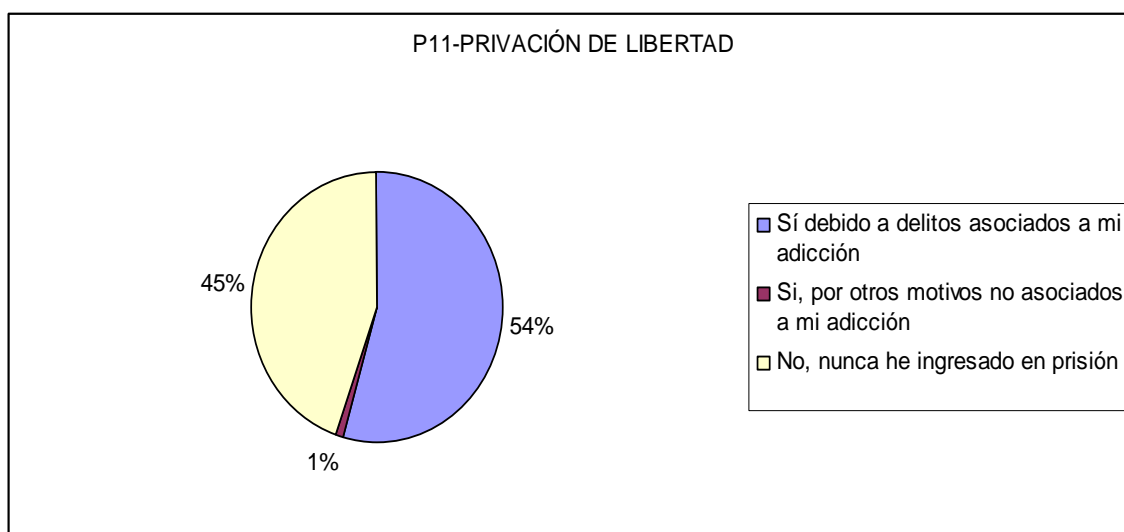
El 4.1% admitió tener problemas legales aunque los desvinculó de dicha conducta adictiva y el 19.6% afirmó no tener problemas legales. En esta ocasión fueron tres los usuarios que decidieron no dar respuesta a la cuestión planteada (3.1%).

De forma muy generalizada podemos decir que los usuarios de los servicios asistenciales son conocedores y conscientes de la asociación que tiene conducta adictiva y episodios de problemática legal (76% de los encuestados así lo afirman).

### 6.2.11.-Situación de privación de libertad

P11

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí debido a delitos asociados a mi adicción	3	3,1	3,1	3,1
Si, por otros motivos no asociados a mi adicción	51	52,6	52,6	55,7
No, nunca he ingresado en prisión	1	1,0	1,0	56,7
Total	42	43,3	43,3	100,0
	97	100,0	100,0	



Planteamos en este momento de la investigación la potencial asociación entre la privación de libertad de los usuarios y la conducta adictiva de los mismos. De tal forma que intentamos que se pronunciasen si dicha privación de libertad, en su caso particular e individualmente considerado, era motivada por su conducta adictiva, la cual sería considerada como origen de la



conflictividad social generada. Los resultados fueron el 52.06% indicaron que sí habían sido privados de libertad y a la vez tenían conciencia de la vinculación existente entre privación de libertad y conducta adictiva. El 43.3% no estuvo privado de libertad y finalmente el 1.0% admitió haber estado privado de libertad, pero no asociaba dicha pérdida a su adicción. No respondieron a la cuestión formulada nuevamente el 3.1% de los usuarios.

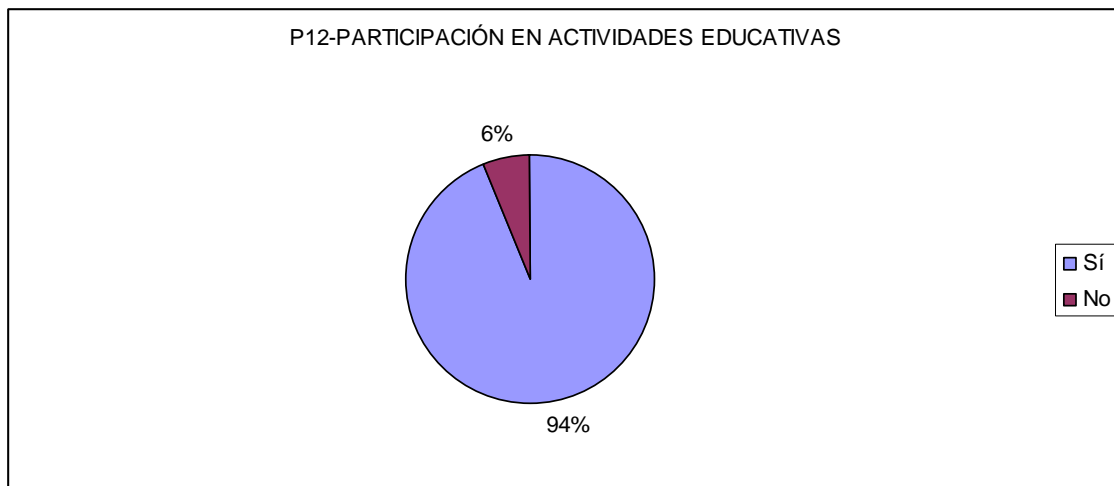
Parece que mayoritariamente nuestros potenciales educandos/usuarios han tomado conciencia a priori que su conducta adictiva les lleva a situaciones de pérdida de libertad y de conflicto penal y social.

Supondría esta toma de conciencia por parte de los usuarios/educandos un primer paso decisivo, si adoptamos el modelo educativo de Freire, a la hora de avanzar en la innovación educativa/terapéutica en las comunidades y sin perder el horizonte final de comenzar y lograr el proceso de cambio de la “realidad opresora”. Y es entonces cuando ya podríamos plantear qué puede aportar la pedagogía ante este hecho.

#### **6.2.12.- Participación en actividades educativas durante la estancia en Comunidad**

P12

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	91	93,8	93,8	93,8
	No	6	6,2	6,2	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

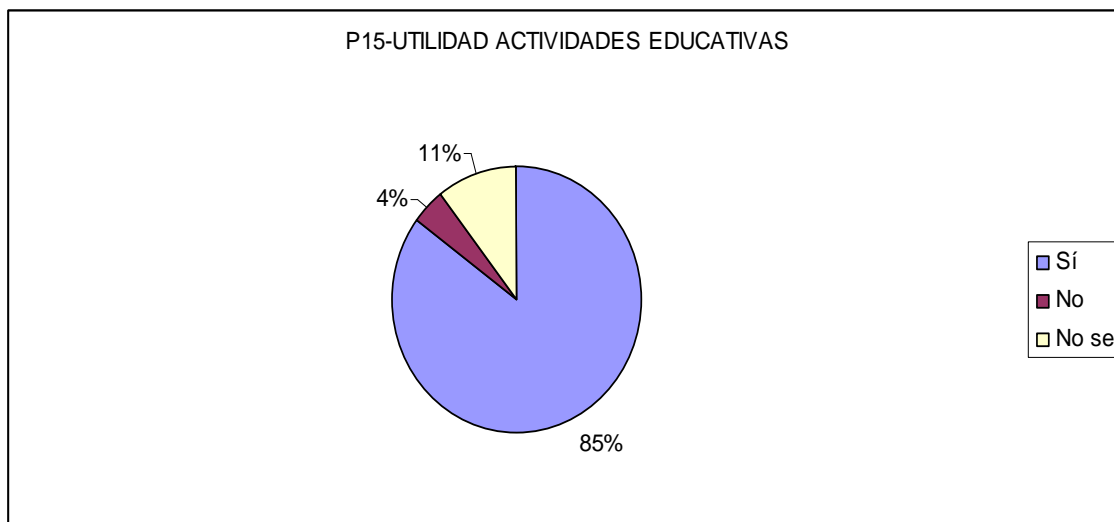


Tal y como se reflejaba en el capítulo 5 al analizar el diseño, características y elementos de la herramienta una vez obtenidos los datos en relación al perfil del usuario, se abre a continuación un segundo bloque de preguntas en el cuestionario planteado. Pasaremos a abordar un segundo bloque de preguntas, a plantearnos el papel del usuario dentro de las actividades educativas en los recursos. Así en esta cuestión décimosegunda les solicitamos respondiesen a si habían participado en actividades educativas en su paso por el recurso. Ante dicho planteamiento tenemos que el 93.8% indicó que sí había participado en actividades educativas, mientras que sólo un 6.2% indicó que no participó o más bien, podríamos indicar en nuestra valoración, no eran conscientes de participar en un proceso educativo global.

#### 6.2.13.- Utilidad de las actividades educativas al finalizar el programa terapéutico

P15

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí	81	83,5	83,5	85,6
No	4	4,1	4,1	89,7
No se	10	10,3	10,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Del conjunto de actividades educativas que manifiestan haber realizado, se les planteó en esta cuestión décimoquinta si apreciaban su utilidad una vez finalizado el periodo de intervención en el recurso asistencial en cuestión.

El resultado obtenido indicó que el 83.5% de los usuarios consideraban que sí tienen utilidad dichas actividades, frente al 4.1% que indicó, de igual forma, que no la tenían y finalmente el 10.3 % manifestó que “no sabe” que responder ante dicha pregunta. De igual manera queremos destacar la negativa a contestar la cuestión formulada por un 2.1% del total de encuestados.

Podemos considerar como un elemento/resultado significativamente trascendente por tanto que sea el propio usuario quien valora muy positivamente (85%) las acciones educativas realizadas en el desarrollo temporal del programa de intervención en comunidad terapéutica, entendiendo la utilidad que dichas acciones educativas van a tener una vez concluido el periodo de intervención en la fase de incorporación comunitaria.

#### 6.2.14.-Preferencia manifestada sobre los profesionales



Se planteó en esta ocasión la cuestión con el objetivo de poder visualizar el grupo de profesionales con los que los usuarios preferían compartir un mayor tiempo de intervención terapéutica. Partíamos de la base que aquellos por tanto dispondrían de una mayor empatía, una mayor conexión afectiva-emocional a la vez y esto debería favorecer el proceso de interacción educativa favoreciendo todo el desarrollo de las competencias social y ciudadanas, así como las competencias de autonomía e iniciativa personal entre otras.

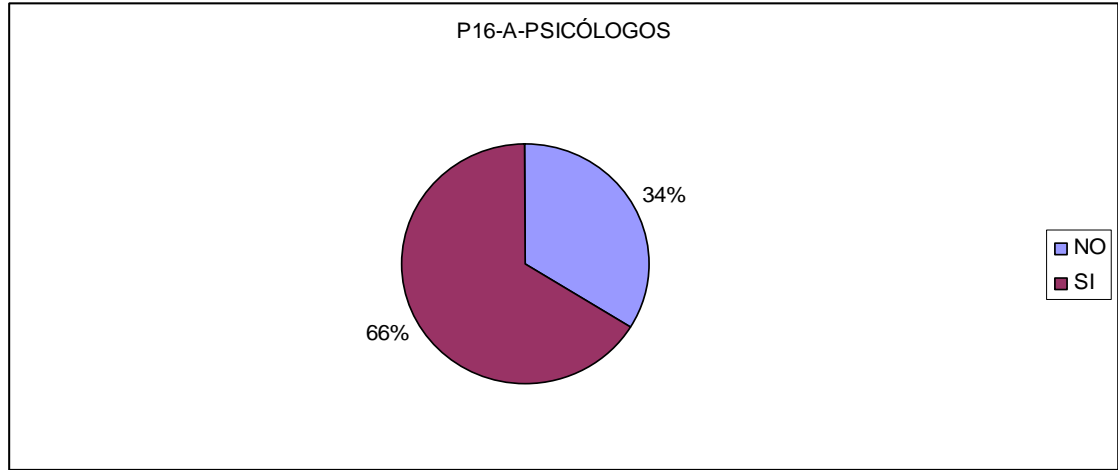
Los resultados obtenidos nos indican que de la totalidad de respuestas emitidas el 38% de los encuestados preferían la figura del psicólogo, el 32% la del educador/monitor, el 15% la figura del trabajador/a social, el 13% la del personal sanitario en su conjunto, siendo muy poco significativo ya el 2% que sentían una mayor empatía por el personal de servicios o valores muy inferiores al 1% que preferían al personal de administración del recurso.

Esto constituiría una valoración global del nivel de empatía y de “proximidad terapéutica” de los profesionales con los educandos/usuarios, que pasaremos a valorar a continuación de forma concreta. Para ello, hemos cuantificado que porcentajes sobre el total dispondrían cada uno de los perfiles profesionales existentes en los recursos evaluados.

**a.-Psicólogos**

**P16a**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	33	34,0	34,0	34,0
	SI	64	66,0	66,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



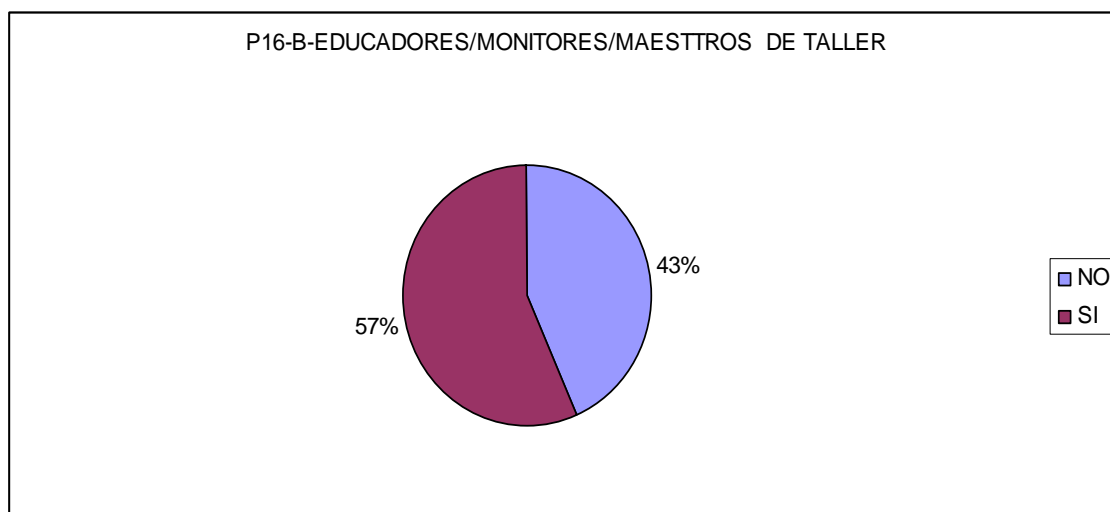
Los resultados obtenidos en este apartado refuerzan el papel de los profesionales de la psicología en las comunidades terapéuticas. Podemos apreciar la existencia de un 66% de respuestas que inciden en el papel predominante del psicólogo en la interacción empática con el usuario. Podríamos basándonos en ello justificar el papel de gestores de la historia del

usuario que tienen los profesionales de la psicología frente a los profesionales de la educación.

#### b.- Educadores/Monitores/Maestros de taller

**P16b**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	42	43,3	43,3	43,3
	SI	55	56,7	56,7	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



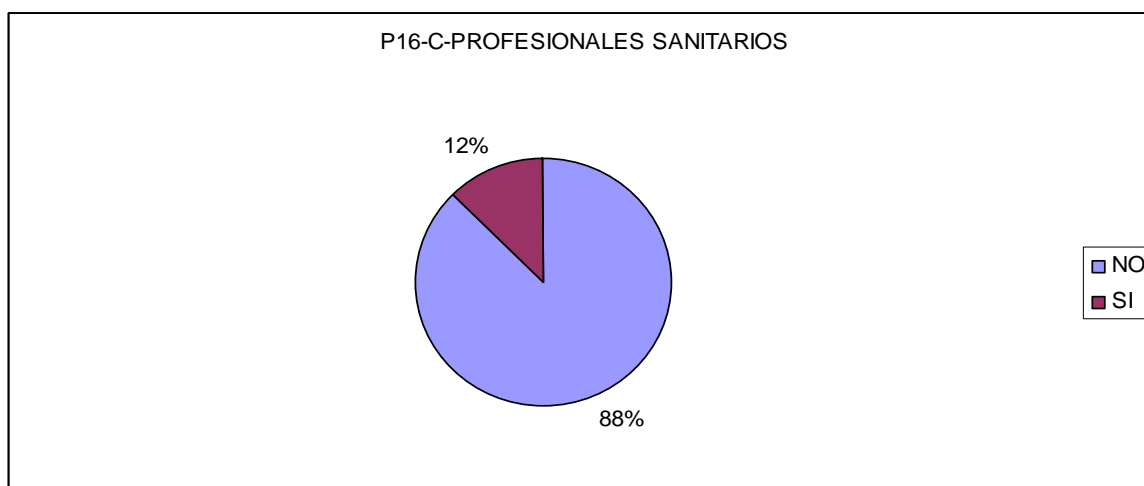
Los resultados obtenidos en esta ocasión nos indican que si bien el conjunto de profesionales del área educativo-formativa presentan un 57% de respuestas favorables en relación con una afinidad con los usuarios, en este caso que abordamos la diferencia porcentual entre los que optan por una respuesta favorable frente a los que no es del 14%. Al comprar este resultado con la misma diferencia porcentual para el caso de los profesionales de la psicología, que representaría el 32%, vemos que sigue siendo preponderante

la consideración de afinidad y preferencia mostrada para los profesionales de la psicología.

### c.- Profesionales sanitarios

**P16c**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	85	87,6	87,6	87,6
	SI	12	12,4	12,4	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



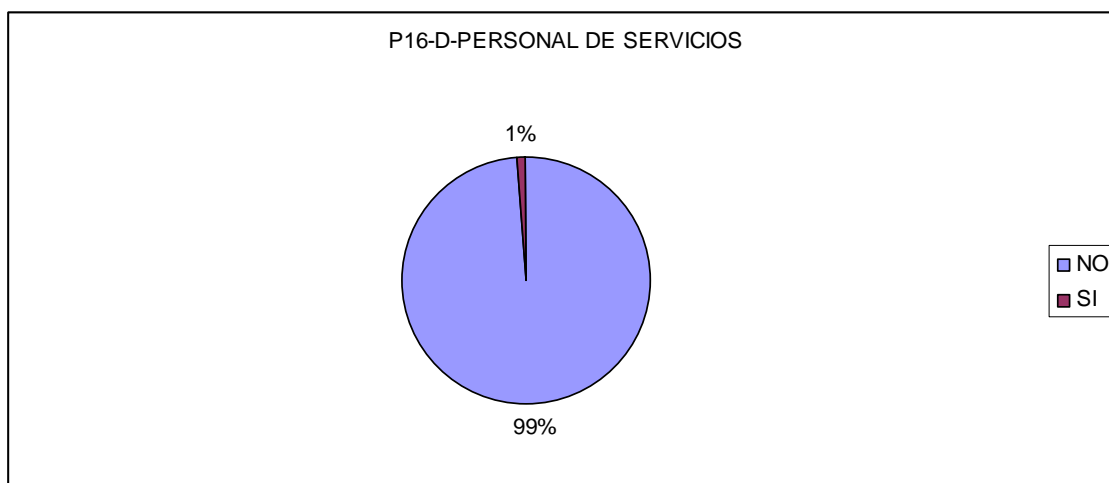
Como podemos apreciar en función de los resultados obtenidos, los profesionales sanitarios no constituyen un colectivo con marcada predilección a la hora de interactuar con los usuarios, en opinión de estos últimos. En lo que podemos considerar como una muy elevada proporción (87.6%) queda patente que no son el colectivo elegido con carácter preferente por los usuarios para tomar parte activa y decisiva en la mejora del programa terapéutico. Es por tanto relativamente fácil asociar a estos resultados la valoración propia consistente en que el papel de los profesionales sanitarios está perfectamente definido y delimitado y en base a la respuesta proporcionada por los usuarios no es preciso profundizar en éste área sanitaria para mejorar la intervención. Por el contrario, y como podremos ver en las conclusiones finales que

posteriormente plantearemos, dista bastante lo manifestado por los usuarios con lo planteado por los estamentos políticos, que serán quienes definan las líneas a seguir, las recomendaciones establecidas, como las elaboradas por la Comisión Mixta Congreso-Senado que marca una línea de intervención más sanitaria que social, en el abordaje global de las adicciones.

#### d.- Personal de servicios generales

P16d

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	96	99,0	99,0	99,0
	SI	1	1,0	1,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



En esta ocasión poco o nada debemos de añadir a los resultados obtenidos y su representación gráfica. Está dentro de la lógica que aquellos profesionales que no van a ejercer prácticamente ninguna interacción con los usuarios-educandos poco o nada supongan en las preferencias manifestadas por los residentes adictos.



**e.- Trabajadores sociales****P16e**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	74	76,3	76,3	76,3
	SI	23	23,7	23,7	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



Resulta llamativo que siendo el profesional del Trabajo Social quien, en opinión de los usuarios, está asociado en mayor proporción a aspectos vinculados con derechos y deberes (ciudadanos-cívicos). Así, mediante actuaciones desarrolladas por éstos como serían la información ofertada sobre el uso de recursos públicos, la situación jurídico-penal del usuario y el acompañamiento social tanto en el conocimiento como el uso de prestaciones económicas entre otros aspectos, nos encontramos en nuestra investigación que el papel asignado por los educandos/adictos ocupa un tercer lugar en el orden de preferencias asignadas para la consecución de una mejora del programa terapéutico desarrollado. La componente psicológica domina a la componente educativa y a la componente social. El tratamiento psicológico prevalece por tanto al abordaje educativo y social. Predomina el tratamiento conductual frente a la socialización e inclusión comunitaria bajo el prisma

meramente socio-educativo. Sustancia y conducta predominan ante sociedad y educación.

#### f.- Personal de administración

**P16f**

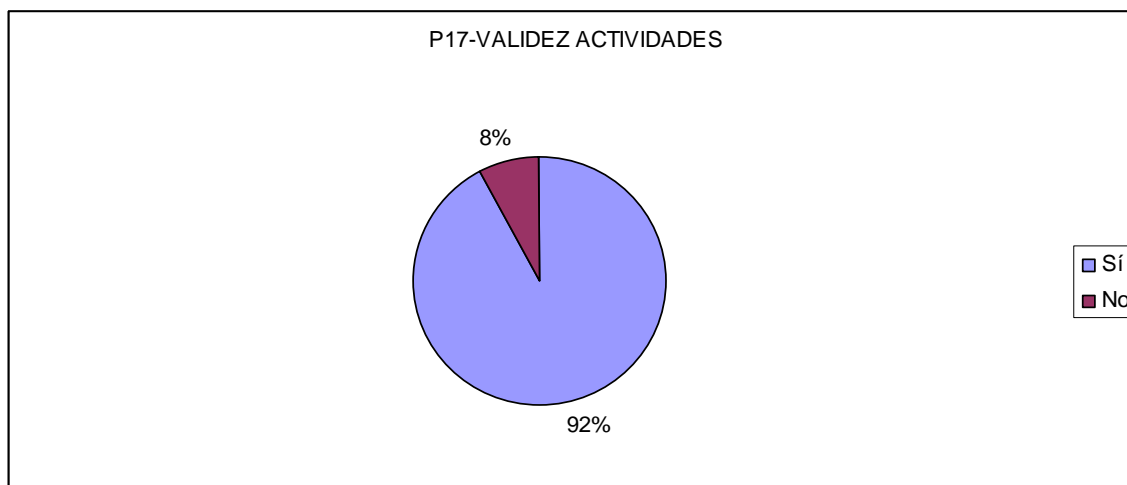
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	97	100,0	100,0	100,0

Reiteramos lo indicado para el personal de servicios, extrapolable en esta ocasión de igual forma.

#### 6.2.15.- Validez de las actividades

**P17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		6	6,2	6,2	6,2
	Sí	83	85,6	85,6	91,8
	No	7	7,2	7,2	99,0
	Si/ No	1	1,0	1,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



Volvemos a plantearles a los usuarios una pregunta muy semejante a la enunciada con anterioridad en la cuestión nº 15. En este caso se pretende obtener conocimiento sobre las actividades que realizan los residentes/educandos en el recurso. Valoramos por tanto si las actividades educativas sirven al usuario del servicio para su proceso terapéutico. Queremos que los residentes adictos “cuestionen” la utilidad de las acciones desarrolladas durante el proceso terapéutico, en una “perspectiva presente”, si bien en la formulación del ítem nº 15 le solicitábamos la valoración de dichas acciones con una “perspectiva de futuro”. Se obtuvo como resultado de la cuestión planteada que el 85.3% de las respuestas validas estimaba que sí eran válidas frente al 7.2% que estimaba que no serían de utilidad.

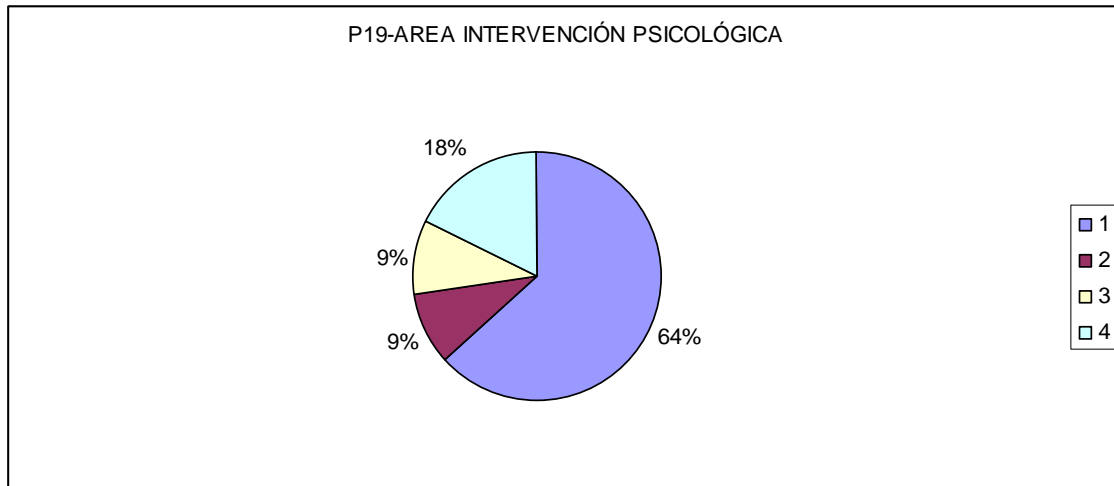
Un residente emitió una pregunta no válida, pues ofreció ambas respuestas afirmativa y negativa ante la misma cuestión planteada, representando el 1% del total frente a seis usuarios del recurso que optaron por no emitir respuesta.

#### **6.2.16.- Importancia dada a las áreas de intervención terapéutica**

En esta cuestión, el objetivo perseguido consistió en que cada usuario asignase un valor concreto al conjunto de acciones efectuadas en cada una de las potenciales áreas de intervención terapéutica, consideradas en su

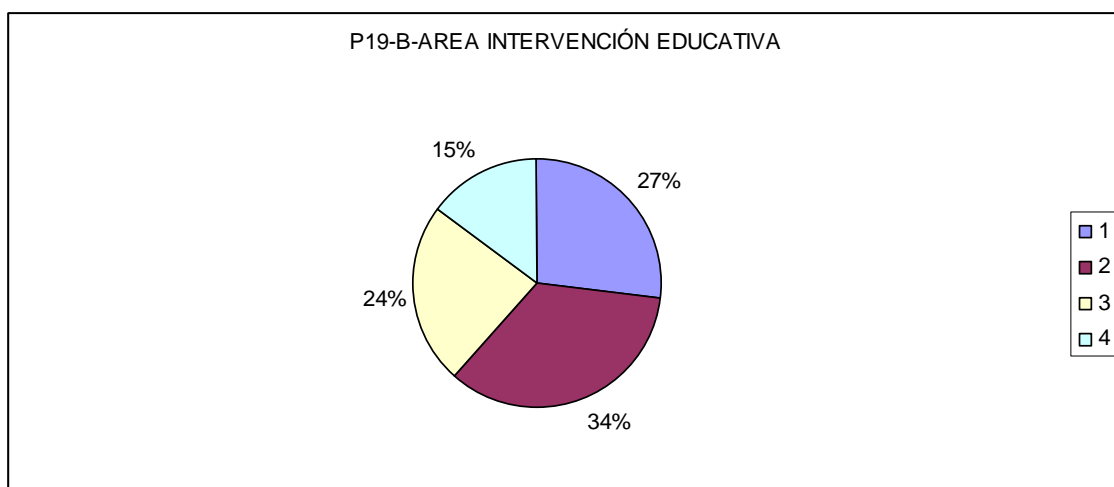
globalidad. Esto supuso la asignación de un valor máximo 1 al área de mayor interés manifestado frente al valor 4 para la de menor interés.

#### a.-Intervención psicológica



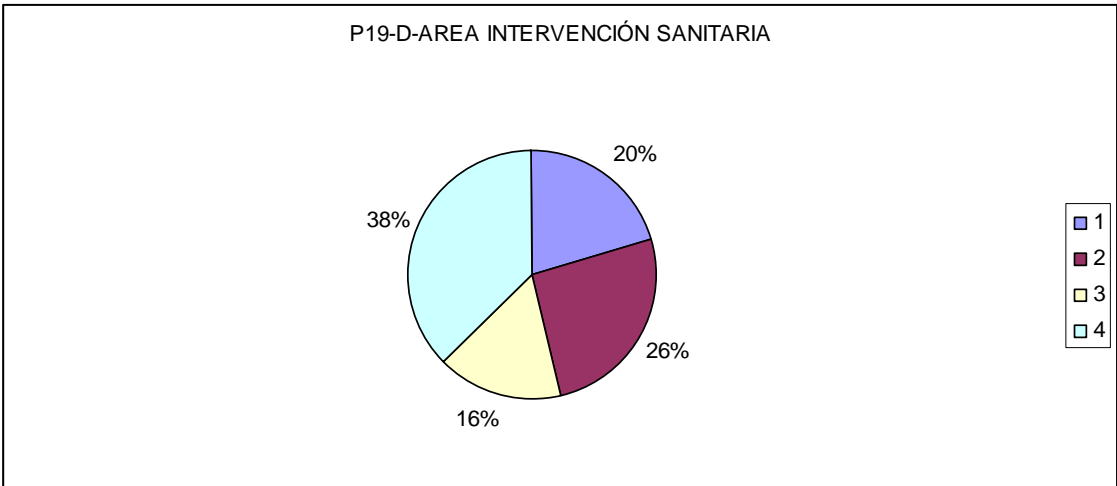
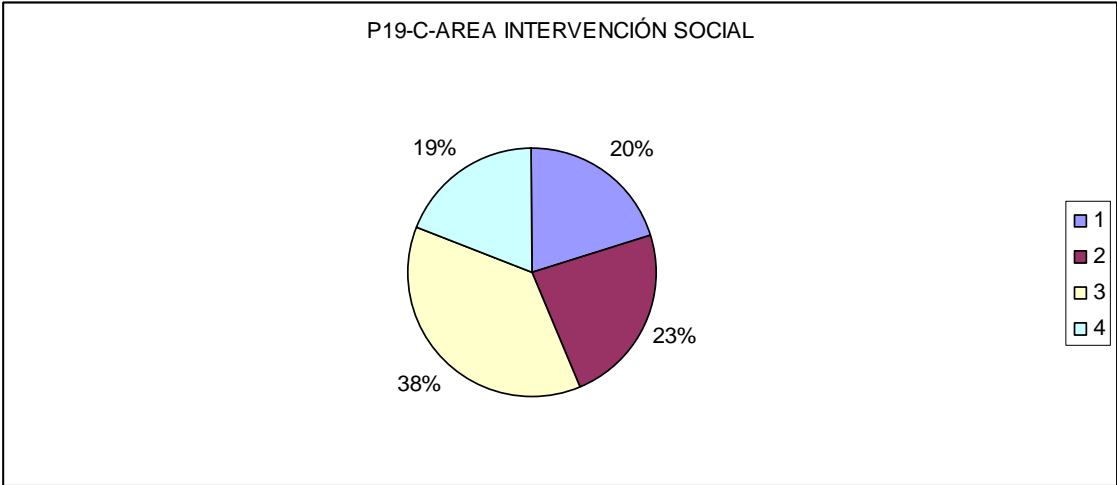
Se vuelve a obtener idénticos resultados a los ya anteriormente referidos de forma que el área de intervención psicológica adquiere el máximo de adhesiones correspondientes al máximo valor de importancia para los usuarios (64% de las respuestas emitidas).

#### b.- Intervención educativa



Las intervenciones educativas ocuparían un segundo lugar de interés al valorar su importancia en el tratamiento terapéutico por parte de los propios usuarios. Así frente a un 64% como valor máximo en el caso de las intervenciones psicológicas, las educativas tendrán un 27% de respuestas que le asignan valor 1 (valor máximo).

**c.- Intervención social y sanitaria**



Finalizamos valorando conjuntamente las intervenciones sanitarias y aquellas propias del campo del trabajo social. En ambos casos a dichas intervenciones los usuarios, en su consideración, le han asignado en idéntica proporción (20%) el máximo valor en cuanto a su importancia en el desarrollo del proceso terapéutico (valor 1).

Ya nos referimos anteriormente al papel perfectamente delimitado asignado a las acciones sanitarias y por ende, del protagonismo adquirido por éstas y su repercusión en la importancia adquirida en la mejora del programa de intervención desarrollado.

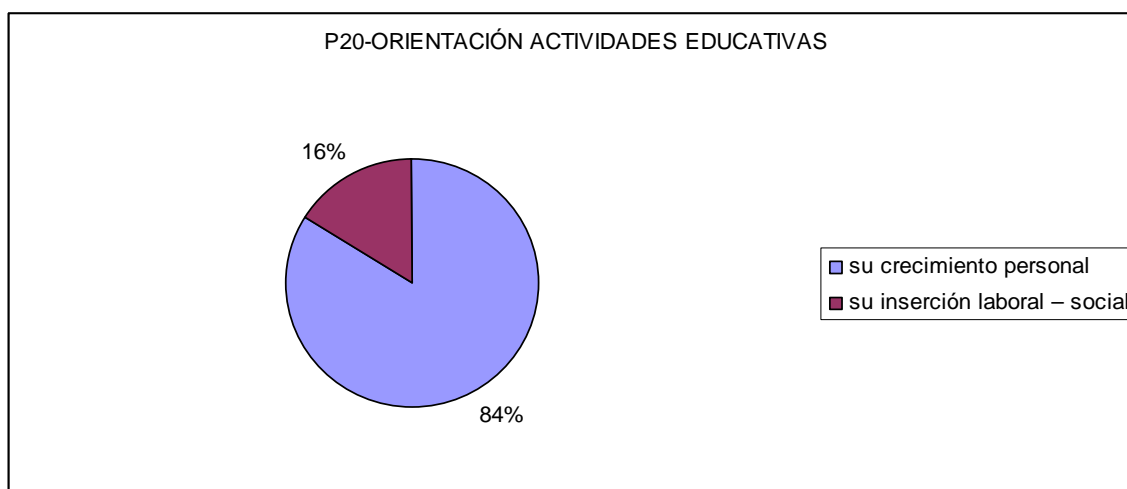
En relación a las acciones ejecutadas desde el campo del trabajo social, destacaremos que el control y seguimiento de aspectos vinculados con la justicia, la regularización administrativa y legal del usuario, junto con los relacionados con el conocimiento y el uso (adecuado en todo caso) de los derechos cívicos, así como la comprensión de los deberes asociados a los mismos, son parte fundamental del día a día de la actividad profesional de esta área. Pero los datos obtenidos en la investigación nos indican que, al contrario de lo esperado, no son acciones valoradas en la misma medida al considerar su influencia en el proceso terapéutico.

Ello nos permite concluir que la idea comúnmente “interiorizada” por los usuarios hace que éstos consideren como intervenciones propiamente terapéuticas las llevadas a cabo en el campo de la psicología y las educativas.

A modo de conclusión diremos que las actuaciones correspondientes que son asociadas al campo de la “administración de lo social” no son entendidas como acciones de influencia considerable en el proceso, o en todo caso, su influencia es de igual interés que la normalización sanitaria del usuario.

**6.2.17.- Orientación de las actividades educativas****P20**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2,1	2,1	2,1
su crecimiento personal	79	81,4	81,4	83,5
su inserción laboral – social	15	15,5	15,5	99,0
a/b ( ambas respuestas)	1	1,0	1,0	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Continuando con la valoración de los resultados obtenidos de la investigación se analizó hacia qué aspecto (desarrollo personal o socio-laboral) predominantemente estaban dirigidas las actividades educativas planteadas. Se obtiene que el 81.4% de los usuarios afirmaban que dichas actividades tenían como finalidad el crecimiento personal frente al 15.5% donde manifestaron que estaban dirigidas hacia la inserción socio/laboral del educando adicto. Resaltamos que no ha sido valorada una respuesta doble, ofrecida por un único encuestado, que será considerada como errónea y a su vez, indicaremos que ante este ítem planteado en la investigación el 2.1% de los encuestados no ofrecerán respuesta alguna a la misma.

Hemos de recordar que dentro de los objetivos específicos del área educativo-ocupacional en las comunidades terapéuticas se encontraba el facilitar la formación ocupacional y pre-laboral. Sería de interés, aunque escapa de la presente investigación, analizar si en esta formación pre-laboral realizada en estos recursos asistenciales se “trabaja realmente” en la adquisición una formación basada en competencias que favorezca la incorporación laboral posterior, a pesar de la existencia de una conducta adictiva en nuestro educando.

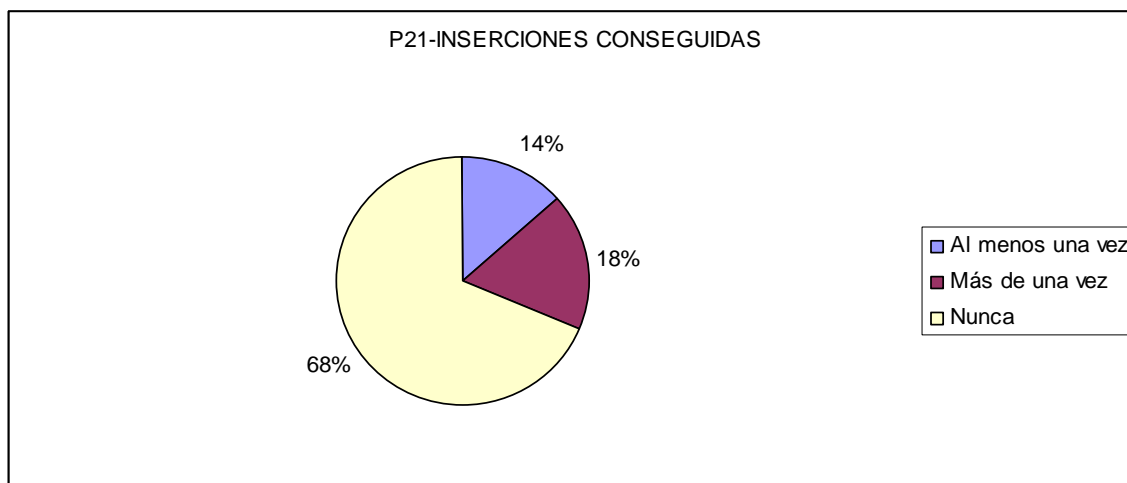
También podría analizarse si realmente, al hablar de crecimiento personal, no nos estamos adentrando más en los objetivos específicos y en las estrategias y actividades concretas realizadas por el profesional del campo de la psicología más que en el campo propiamente educativo. Ello se refleja, de hecho, en los programas de intervención y por tanto deberíamos plantearnos si el papel del pedagogo, del educador ha sido el más adecuadamente definido dentro de las comunidades terapéuticas.

#### 6.2.18.- Inserciones laborales conseguidas en los últimos 5 años

P21

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	8,2	8,2	8,2
Al menos una vez	12	12,4	12,4	20,6
Más de una vez	16	16,5	16,5	37,1
Nunca	61	62,9	62,9	100,0
Total	97	100,0	100,0	





Partimos de los resultados obtenidos en la cuestión anteriormente formulada (el 15.5% de las respuestas emitidas por los usuarios indicaron que las actividades desarrolladas estaban dirigidas a la inserción laboral y social del individuo), a la vez que destacamos la continuidad presencial en los programas terapéuticos de actividades dirigidas a esa formación pre-laboral. Así, dentro de los objetivos y las actividades previstas dentro del área educativa –ocupacional, hemos considerado adecuado plantearnos si nuestros usuarios/educandos adictos habían logrado una inserción laboral en los últimos cinco años como resultado de ese conjunto de acciones del área educativo-formativa desarrollada, obteniéndose en esta ocasión, considerando los valores porcentuales válidos, que el 62.7% nunca consiguieron una inserción laboral tras el trabajo formativo pre-laboral realizado; el 12.4% por el contrario manifestaron haberlo conseguido al menos una vez y, finalmente el 16.5% afirmaron haberlo logrado en más de una ocasión.

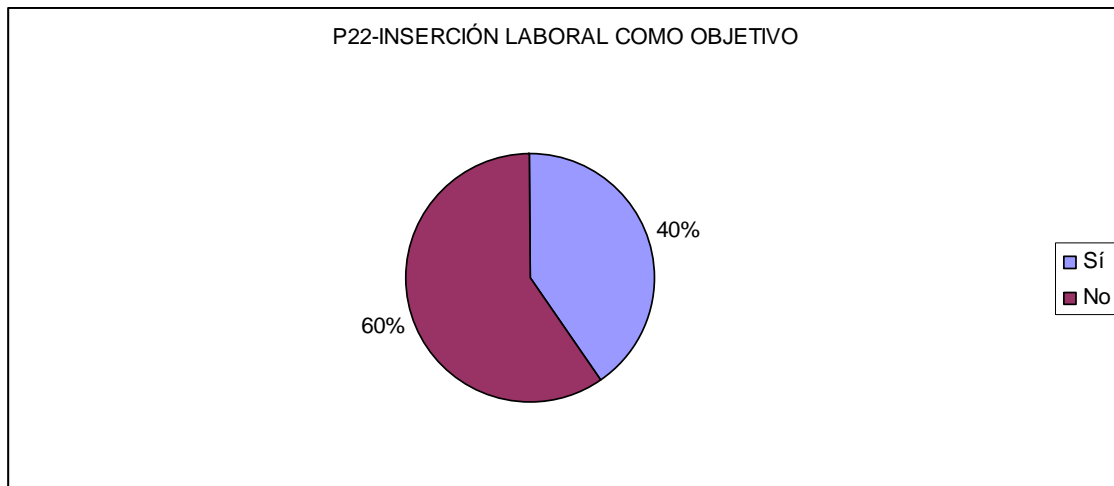
El 8% de los potenciales resultados obtenidos se perdieron ya que los usuarios no emitieron respuesta a dicha cuestión.

El porcentaje válido que acompaña al éxito es del 28.9% frente al fracaso en el objetivo último de la actividad realizada, que viene dado por el 62.9% en relación a la inserción laboral.

### 6.2.19.- Inserción laboral como objetivo

P22

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	4,1	4,1	4,1
Sí	37	38,1	38,1	42,3
No	55	56,7	56,7	99,0
Si / No	1	1,0	1,0	100,0
Total	97	100,0	100,0	



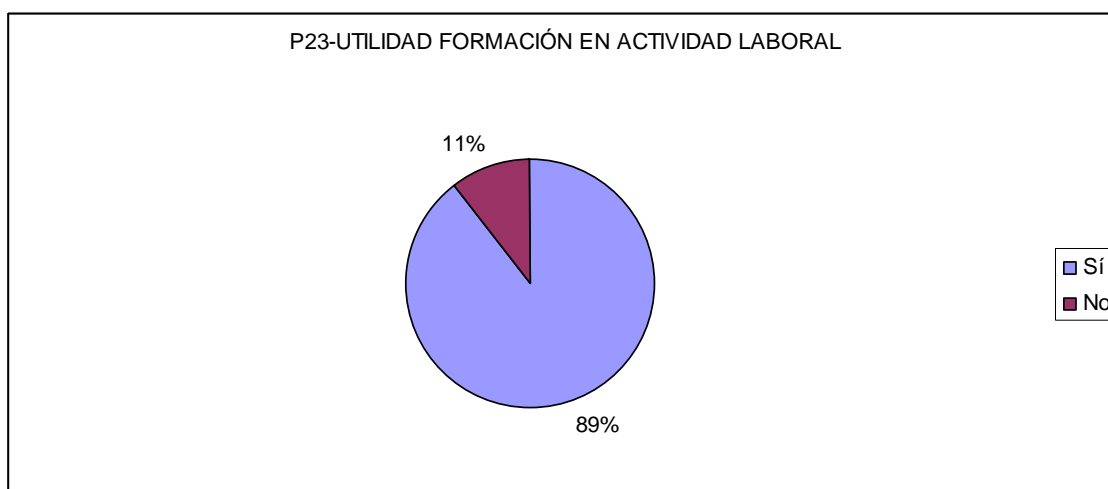
Formulamos como cuestión a valorar si el principal objetivo buscado por parte de los usuarios en el proceso terapéutico era conseguir la deseada inserción socio-laboral, además de la lógica mejora psicológica y sanitaria, la cual va a tener una presencia permanente en el desarrollo del programa de intervención. En este caso, los resultados obtenidos nos indican que, en términos de porcentajes válidos, el 56.7% de los emitidos afirmaron no ser un objetivo a conseguir desde su planteamiento inicial al proceder al ingreso en comunidad terapéutica, mientras que para el 38.1% sí lo era. A ello debemos de unir el hecho de que en cuatro ocasiones, los usuarios no emitieron respuesta alguna y, en una única ocasión, pareció no comprenderse la formulación de la pregunta, pronunciando una respuesta doble por parte del

residente. El resultado tanto a favor como en contra de los usuarios que buscaban esa inserción laboral como objetivo fundamental al valorar su normalización comunitaria nos hace pensar que dicho usuario/educando va buscando prioritariamente una mejora de su estado físico-psíquico, a la vez que evitar situaciones asociadas a la marginalidad social, a la exclusión social. Y ello, en mayor medida que a la adquisición de las competencias necesarias para poder lograr una inclusión ciudadana efectiva, la cual, sin duda, no será posible sin el consiguiente proceso de inclusión socio-laboral, al que hemos hecho referencia.

#### 6.2.20.- Utilidad de la formación recibida en la actividad laboral futura

P23

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	3,1	3,1	3,1
Sí	84	86,6	86,6	89,7
No	10	10,3	10,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Al solicitarles una valoración de los procesos formativos en los que han participado el conjunto de usuarios para ver la vinculación entre la utilización de los recursos y la utilidad en un futuro laboral deseado, las respuestas emitidas nos indican que el 89%% optó por la respuesta afirmativa frente al 11% que opta por la contraria considerados en su globalidad.

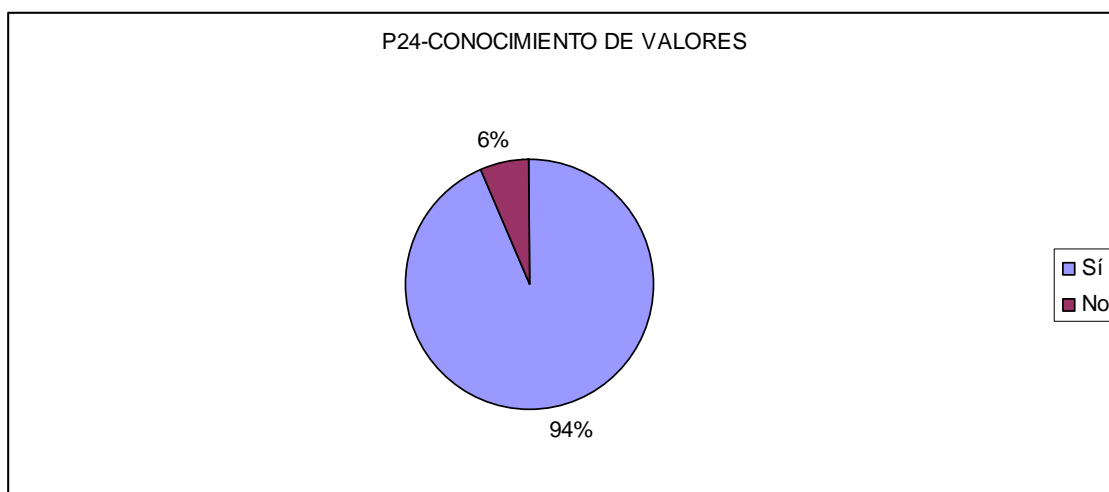
En términos porcentuales válidos a partir del tratamiento estadístico de los datos obtenidos en el cuestionario, podemos indicar que un 86.6% opta por la respuesta afirmativa. Ante este dato, recordando resultados anteriores, vemos que el 62.9% de las respuestas emitidas indicaron que nunca habían conseguido una inserción laboral con anterioridad frente a un 28.9% que manifestaron lo contrario, y el 56.7% planteó que no era su objetivo prioritario adquirir competencias adecuadas para la consecución de dicha inserción.

Teniendo en cuenta cuestiones ya formuladas con anterioridad en nuestra investigación, este ítem fue planteado de manera muy semejante en la pregunta nº15, aunque de forma más amplia. Se hacía entonces referencia a actividades educativas, tanto en la más reciente proximidad temporal del usuario como aquellas otras realizadas en momentos distantes del actual, pero siempre dentro del marco asistencial que evaluamos y dentro, por tanto, de la utilización de estos recursos analizados.

Los resultados obtenidos fueron de un 83.5% de respuestas favorables a la utilidad de las actividades educativas realizadas y en esta ocasión de un 86.6% de respuestas afirmativas en relación a la utilidad de las actividades que en este momento se realizan. Una primera conclusión de los datos obtenidos nos lleva a entender la utilidad de las acciones en su conjunto y su adecuación para la consecución de una inserción socio-laboral buscada en los porcentajes antes citados. Paralelamente, también hemos de manifestar que, a pesar de dicho amplio sentir por parte de los usuarios, la no consecución de dichas inserciones laborales es una realidad aplastante (68% de los usuarios nunca la consiguieron).

**6.2.21.- Conocimiento del concepto “Valores”****P24**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	3,1	3,1	3,1
Sí	88	90,7	90,7	93,8
No	6	6,2	6,2	100,0
Total	97	100,0	100,0	

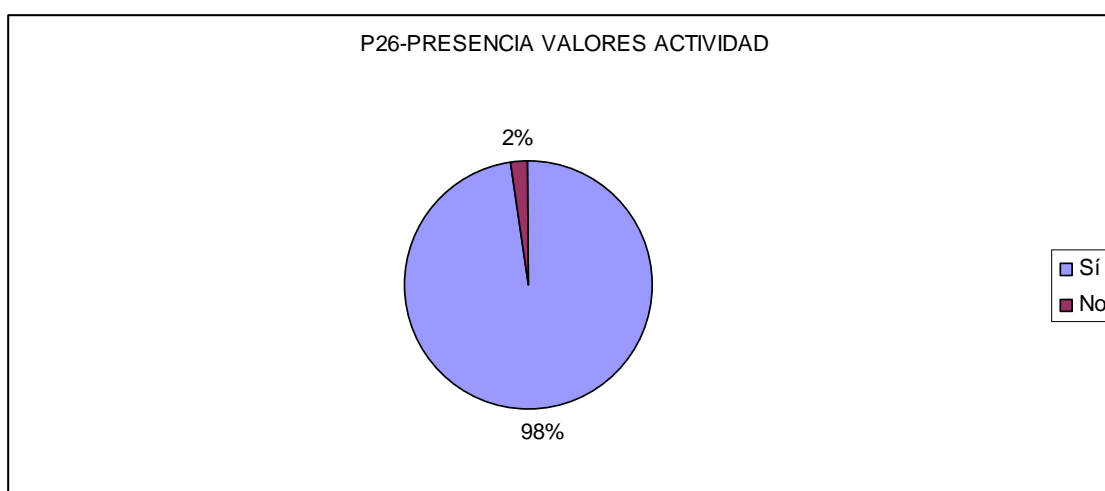


El presente ítem pertenece al último bloque de preguntas que establecemos en el cuestionario. En este apartado se pretende valorar la existencia o no de contenidos tradicionalmente abordados dentro de educación en valores y educación para la ciudadanía en el contexto de las acciones educativas desarrolladas.

En un primer acercamiento y valoración, supone el el conocimiento o no del significado y sentido del término “valores”, obteniéndose que el 90.7% conocían el significado, sentido y contenido del término, frente al 6.2% que manifestaron lo contrario. Un 3.1% de los encuestados no se pronunciaron al respecto.

**6.2.22.- Presencia de la formación en valores en las actividades realizadas****P26**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	5,2	5,2	5,2
Sí	90	92,8	92,8	97,9
No	2	2,1	2,1	100,0
Total	97	100,0	100,0	

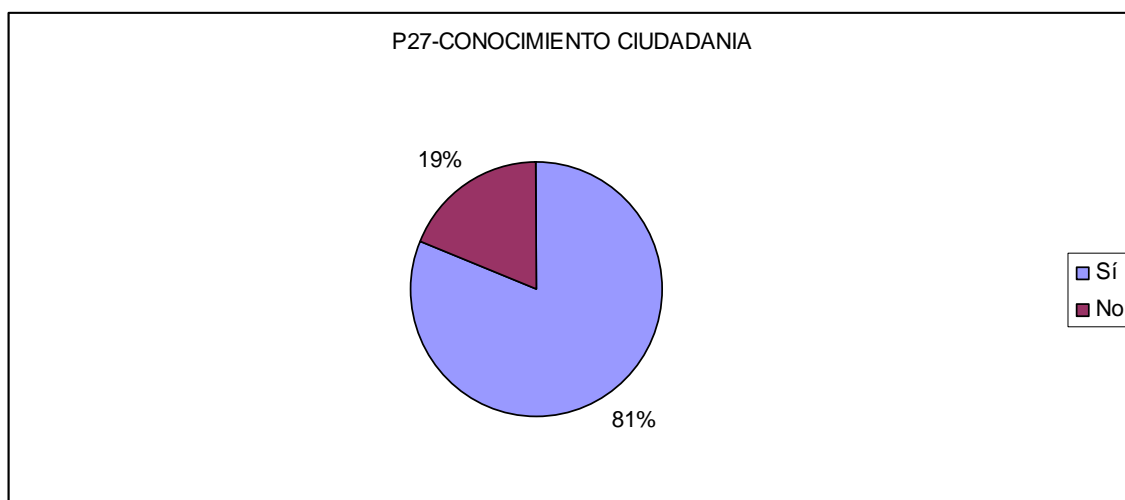


Se planteó en esta ocasión que los usuarios manifestaran si en la tarea formativa desarrollada en el recurso asistencial percibían la presencia de la formación en valores o no. Ante lo cual los datos obtenidos indicaban que el 98% de las respuestas se orientaron hacia la opción afirmativa frente un 2% que entendía que no estaba presente.

El 5.2% de los usuarios no emitieron en esta ocasión respuesta en ningún sentido.

**6.2.23.- Conocimiento del concepto “Ciudadanía”****P27**

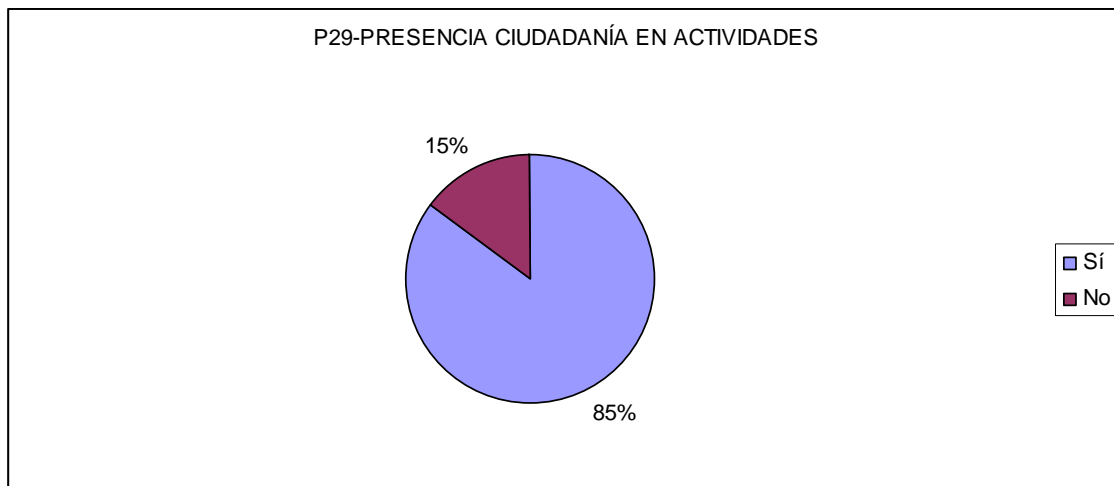
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí	77	79,4	79,4	81,4
No	18	18,6	18,6	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Ante la cuestión establecida, los resultados hallados nos indican que, de forma global, valorando respuestas afirmativas frente a negativas el 81% conocen o creen conocer el término, ante el 19% que manifiesta desconocerlo.

**6.2.24.- Presencia de la formación en ciudadanía en las actividades realizadas****P29**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí	76	78,4	78,4	86,6
No	13	13,4	13,4	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Al igual que en el ítem número 26 del cuestionario, se les preguntó si los contenidos propios de educación para la ciudadanía estaban presentes en la acción formación desarrollada.

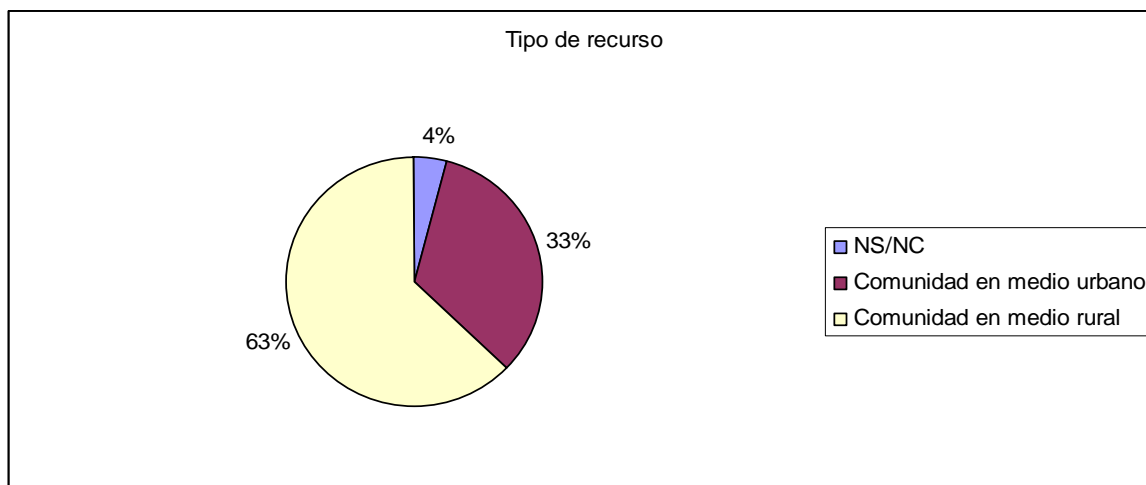
Ante esta cuestión se obtuvo que el 78.4% de las respuestas emitidas sí manifestaron que dichos contenidos estaban presentes frente al 13.4% que indicó lo contrario, a lo que habrá que añadir que el 8.2% de los resultados validos se correspondieron a valores denominados perdidos al tratarse de respuestas no contestadas en esta ocasión.

#### 6.2.25.- Preferencias sobre la ubicación de la Comunidad Terapéutica

P30

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	4,1	4,1	4,1
Comunidad en medio urbano	32	33,0	33,0	37,1
Comunidad en medio rural	61	62,9	62,9	100,0
Total	97	100,0	100,0	





Partimos, al inicio del presente estudio, de dos realidades de intervención educativa entre las que buscamos puntos en común en su desarrollo. Dichas realidades consisten en la evolución que han experimentado los recursos asistenciales residenciales y la atención educativa, en concreto en el campo de la discapacidad intelectual, frente a los empleados en el campo de las adicciones. Quisimos, por tanto, encontrar similitudes y diferencias en dichas evoluciones. Han sido importantes y notables las modificaciones que ha experimentado la atención a personas con necesidades educativas especiales. Así, bajo nuestra particular perspectiva, al referirnos a adictos nos remitimos a abordar intervenciones con personas que presentan una manifiesta necesidad de procesos inclusivos “reales”. Actuaciones terapéuticas para aquellas personas que presentan necesidades educativas y sociales “especiales” y fundamentalmente hemos querido valorar y comparar en nuestra investigación el tratamiento educativo-terapéutico que han recibido ambos grupos de personas.

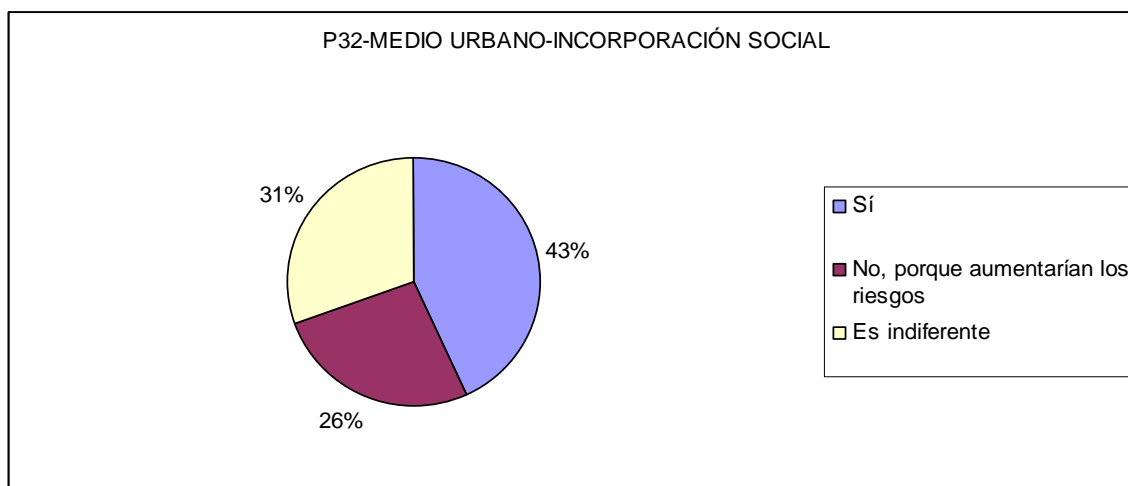
Y por supuesto, no podemos obviar el enclave físico, el lugar específico, donde han recibido dicho “tratamiento” educativo-terapéutico. Por ello, planteamos en el presente ítem la valoración, la percepción subjetiva e individual, de los usuarios al preferir un recurso integrado en un entorno urbano o, por el contrario, volver al modelo más tradicional de recursos asistenciales en adicciones, retornar por tanto al medio rural.

Los usuarios emitieron sus opiniones, las cuales nos indicaron que el 62.9% continuaban prefiriendo el medio rural al medio urbano, quedando este último con un número de apoyos entorno al 33.00% de los entrevistados.

#### 6.2.26.- Correlación entre comunidad terapéutica en medio urbano e incorporación social

P32

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2,1	2,1	2,1
Sí	41	42,3	42,3	44,3
No, porque aumentarían los riesgos	25	25,8	25,8	70,1
Es indiferente	29	29,9	29,9	100,0
Total	97	100,0	100,0	



La cuestión ahora abordada presentaba como objetivo recoger la percepción de los residentes relativa a si el medio donde se realizase la intervención educativa favorecería o no su incorporación socio-comunitaria, y

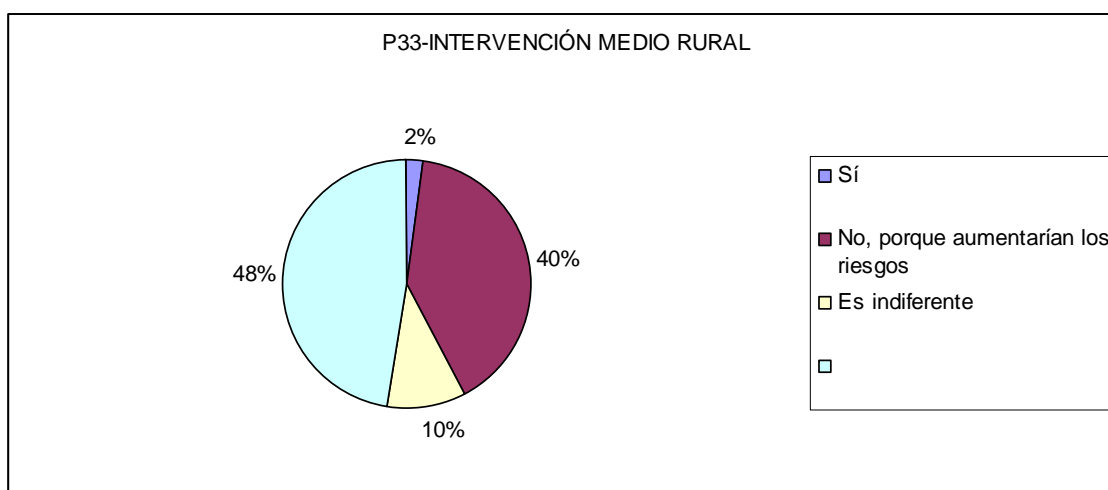
ello desde un punto de vista de enclave geográfico, desde la consideración de su ubicación y no en función de los contenidos ni de los métodos empleados.

Analizando las respuestas de los encuestados pudimos concluir que el 42.3% estaba a favor de el medio urbano como ubicación más favorable para su posterior incorporación social, frente al 29.9% que manifestó que era indiferente y al 25.8% que consideró que no era idóneo dicho enclave al aumentar riesgos asociados a la adicción.

### 6.2.27.- Correlación entre Comunidad Terapéutica en medio rural e incorporación en la sociedad

P33

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2,1	2,1	2,1
Sí	39	40,2	40,2	42,3
No, porque aumentarían los riesgos	10	10,3	10,3	52,6
Es indiferente	46	47,4	47,4	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Buscamos en esta ocasión analizar la correlación entre las opciones de incorporación “real” comunitaria anteriormente valorada pero, en esta ocasión, referida al medio rural.

Los resultados hallados en esta ocasión que concluyeron que el 40.2% de los usuarios participantes en la investigación indicaron el medio rural como el más adecuado para el desarrollo del programa de intervención terapéutica, frente al 47.4% que manifestó entender que es indiferente el medio elegido y el 12.42% que indicó no estar a favor de dicho medio por aumentar en este enclave los riesgos asociados.

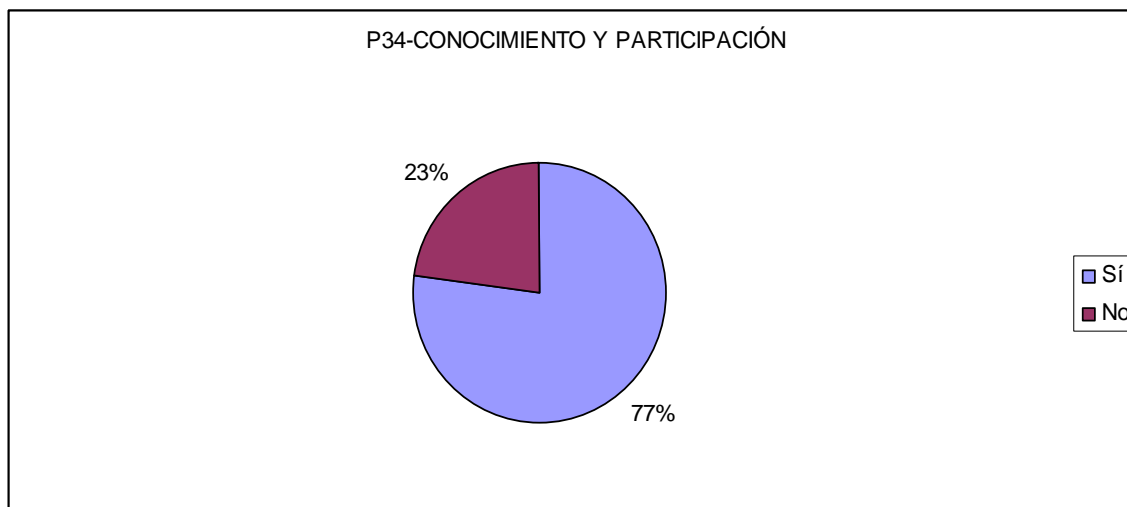
Si comparamos los resultados obtenidos en estas dos últimas cuestiones planteadas podemos señalar que aquellos usuarios que muestran preferencia por un entorno urbano son semejantes a los que muestran dicha preferencia por el rural (42.3% frente al 40.2%).

A la vez en el caso de valorar la mayor o menor percepción de riesgos asociados al consumo, diremos que dicha percepción es mayoritaria en aquellos que no eligieron el medio urbano, como lógicamente era de esperar (25.8% frente al 10.3%). Finalmente mostraron su rechazo a manifestar su opinión ante estas cuestiones el 2.1% de los usuarios en ambas ocasiones.

#### 6.2.28.- Conocimiento de derechos y participación activa comunitaria

P34

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2,1	2,1	2,1
Sí	73	75,3	75,3	77,3
No	22	22,7	22,7	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Tal y como señalamos con anterioridad nos centramos en este tercer bloque en los conceptos y contenidos en valores y ciudadanía como ejes básicos en la construcción de una “ciudadanía activa”.

Para cerrar este bloque de preguntas formuladas se plantearon tres cuestiones más. La primera de ellas fue la relativa al conocimiento por parte de los usuarios de sus derechos y deberes como ciudadano y a su participación activa en comunidad.

Se obtuvieron ante esta cuestión como resultados que el 75.3% manifestó conocer sus derechos y deberes cívicos y, en base a ellos, poder participar activamente en el entorno comunitario, frente a un 22.7% que indicó desconocerlos y no participar de ellos.

Un 2.1% de los encuestados no respondieron a esta pregunta formulada, correspondiéndose por tanto a un 2.1% de valores perdidos del sistema.

### 6.2.29.- Uso responsable por parte de los usuarios de los derechos como ciudadano activo.

P35

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	92	94,8	94,8	94,8
	No	5	5,2	5,2	100,0
	Total	97	100,0	100,0	



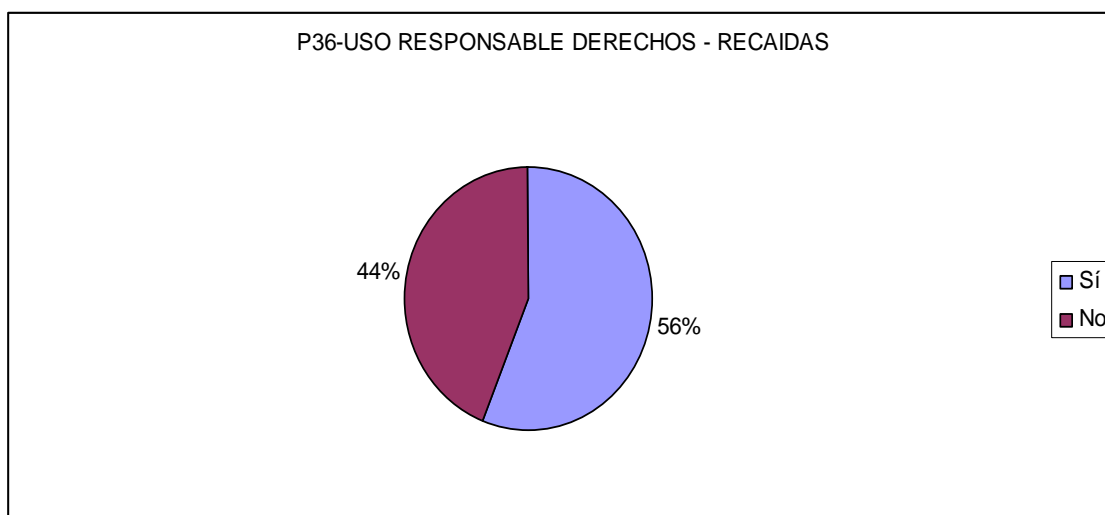
Se les cuestionó sobre la capacidad de hacer uso responsable de sus derechos como ciudadanos cuando finalizase la utilización del recurso asistencial. No se matizó en esta cuestión si se entendía finalizado o no el programa terapéutico al responder a la cuestión formulada.

Se obtuvo que el 94.8% de las respuestas emitidas afirmaron poder hacer un uso responsable de sus derechos cívicos-ciudadanos frente al 5.2% que admitía que, ni en esas circunstancias de finalización del programa asistencial, sería capaz.

### 6.2.30.- Uso responsable de los derechos como ciudadano frente a los episodios de recaídas

P36

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2,1	2,1	2,1
Sí	53	54,6	54,6	56,7
No	42	43,3	43,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	



El énfasis y la importancia de esta cuestión determinó que se volviese a plantear la posibilidad del uso responsable de los derechos cívicos, pero matizándose en esta ocasión bajo el aspecto concreto de sufrir una recaída en el consumo adictivo. Partiendo de la cronicidad del proceso psicosocial y de la segura existencia de recaídas en el desarrollo vital de la patología adictiva, las respuestas emitidas nos indicaron que el 56% de los usuarios percibían sentirse capaces de hacer uso adecuado frente al 44% que admitía no ser capaz.

Destacaremos que hay una caída porcentual enormemente importante entre este 95% de respuestas afirmativas a el uso responsable de derechos y deberes ciudadanos en estado de abstinencia y control terapéutico frente a este 56% manifestado en caso de presentarse un recaída adictiva (supone de forma global un 39% de pérdida).

#### **6.2.31.- Importancia y utilidad asignada a las áreas de intervención del programa terapéutico**

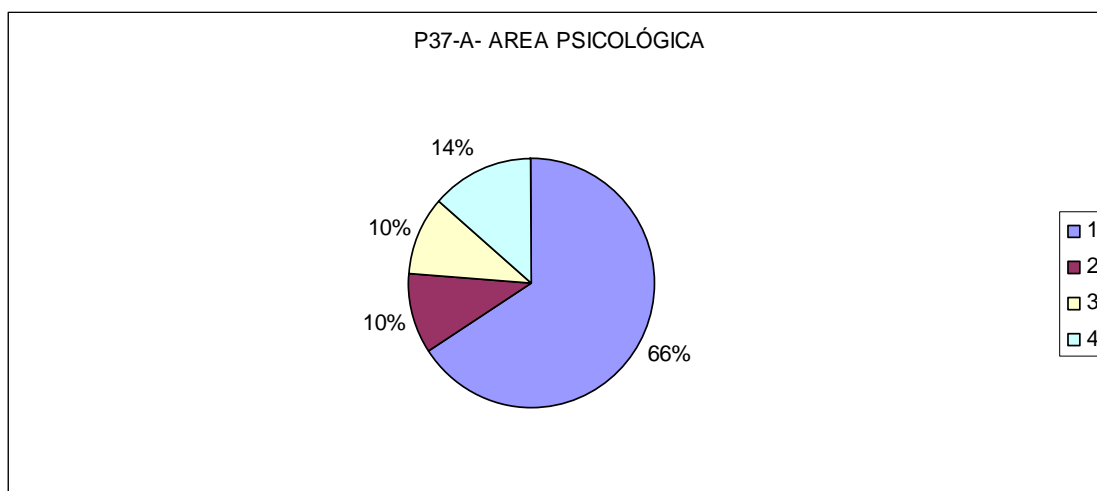
El desarrollo de nuestra investigación nos orientó a plantearnos la necesidad de potenciar intervenciones con mayor contenido educativo y dentro de ellas, a profundizar en la necesidad de dotarlas de un mayor contenido en aspectos ético-cívicos y ciudadanos, de forma que aceptando el carácter crónico de la patología adictiva, consigamos dotar de las competencias adecuadas a los usuarios adictos en tratamiento para su incorporación social y ciudadana, sin valorar en exceso el carácter abstinente o no que presentasen a lo largo del tratamiento y a su finalización, puesto que los objetivos terapéuticos dejan de ser “únicos” y se irán adaptando a las características individuales del paciente/educando.

Creemos adecuado valorar la consideración individual del usuario adicto expresada en términos de “utilidad terapéutica” de cada área de tradicional intervención, a pesar de considerar a priori la línea anteriormente expuesta (la propiamente educativa “fortalecedora” de competencias sociales y ciudadanas) como una línea válida y eficaz en el tratamiento asistencial. Así obtendremos los resultados que a continuación se exponen, si bien en esta ocasión procederemos a plantear las tablas de frecuencia y los diagramas sectoriales de cada área en cuestión para finalmente proceder a una valoración general de ellas.

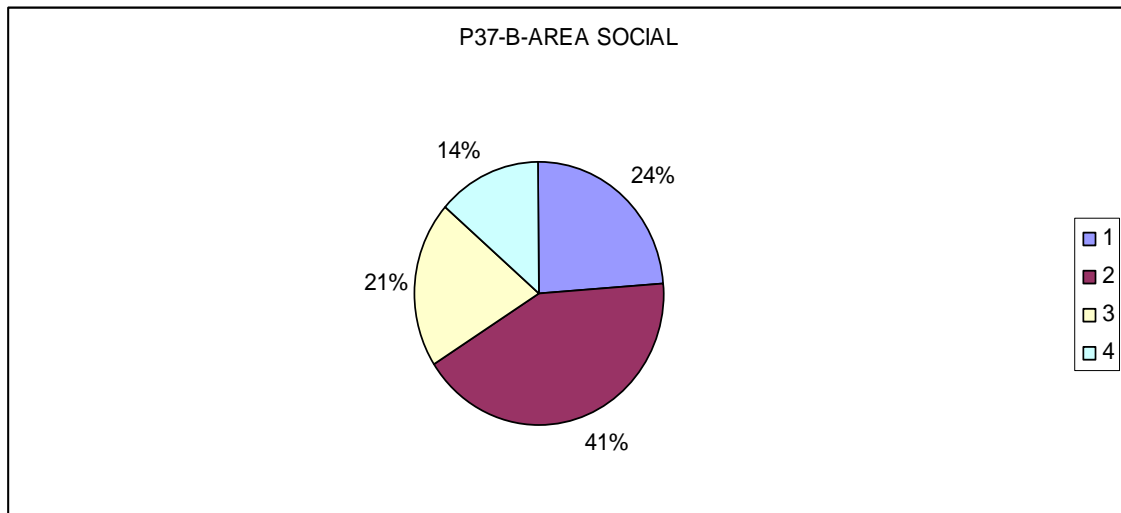


**a.- Área psicológica****P37a**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	63	64,9	65,6	65,6
	2	10	10,3	10,4	76,0
	3	10	10,3	10,4	86,5
	4	13	13,4	13,5	100,0
	Total	96	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,0		
Total		97	100,0		

**b.- Área social****P37b**

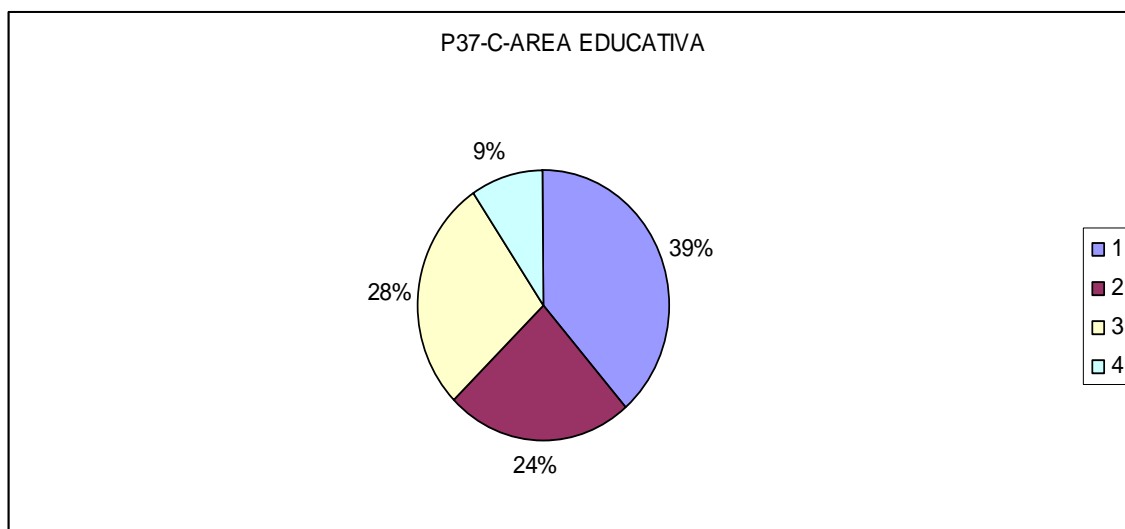
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	23	23,7	24,0	24,0
	2	40	41,2	41,7	65,6
	3	20	20,6	20,8	86,5
	4	13	13,4	13,5	100,0
	Total	96	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,0		
Total		97	100,0		



### c.- Área educativa

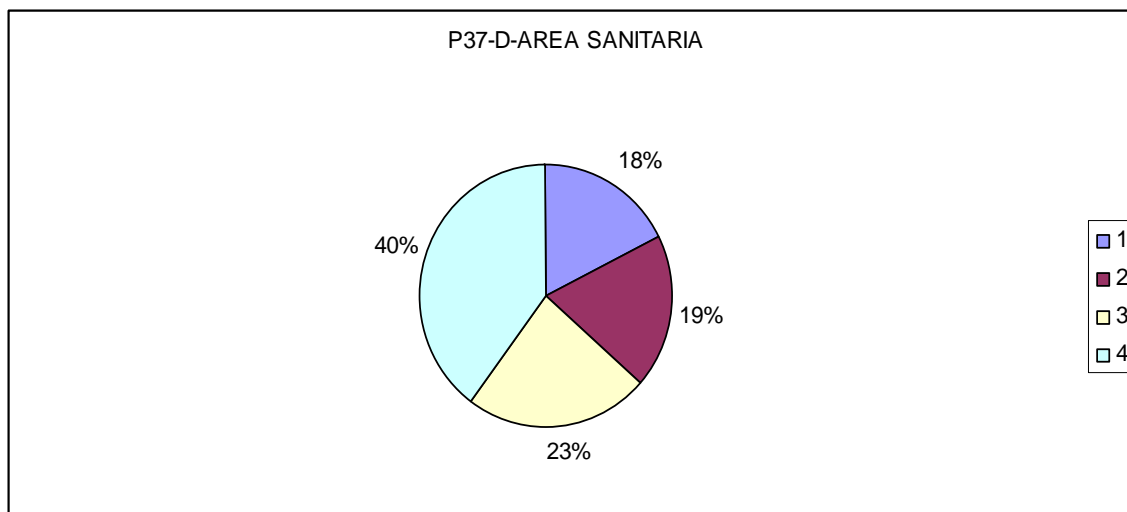
**P37c**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	37	38,1	38,5	38,5
	2	23	23,7	24,0	62,5
	3	27	27,8	28,1	90,6
	4	9	9,3	9,4	100,0
	Total	96	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,0		
Total		97	100,0		



**d.- Área sanitaria****P37d**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	17	17,5	17,9	17,9
	2	18	18,6	18,9	36,8
	3	22	22,7	23,2	60,0
	4	38	39,2	40,0	100,0
	Total	95	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	2	2,1		
Total		97	100,0		



Procedemos a valorar en este momento los resultados obtenidos en esta cuestión. Nos encontramos que si consideramos el valor máximo a asignar (valor 1) los usuarios en un 66% valoran mayoritariamente en importancia al área psicológica, seguida con un 39% la educativa, para continuar con un 24% asignando al área social y finalizar con un 18% correspondiente al área sanitaria. Podemos concluir que, en general, se mantienen por tanto los mismos parámetros de asignación que hemos visto a lo largo de toda nuestra investigación.

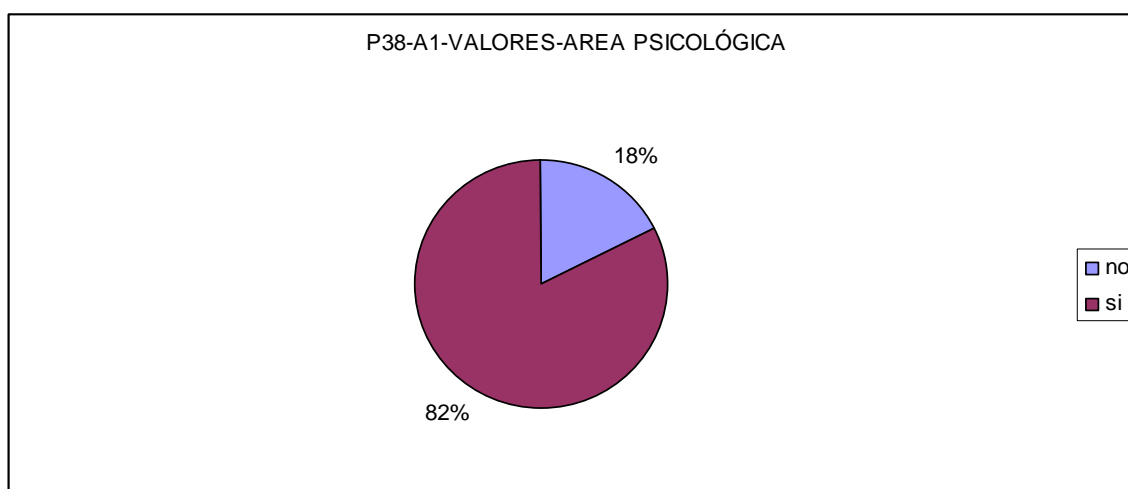
### 6.2.32.- Correspondencias entre las áreas de intervención dentro del programa terapéutico y los contenidos de educación en valores y de educación para la ciudadanía

Se incluyó al final del cuestionario para usuarios una pregunta mediante la cual pretendíamos valorar la “comprensión adecuada” de los conceptos ciudadanía y valores. Para lo cual se les solicitó marcasen dentro de la tabla planteada las correspondencias entre contenidos y áreas, obteniéndose los siguientes resultados que serán valorados en su conjunto, al igual que procedimos en el ítem anterior, tras su representación gráfica.

#### a.- Correspondencia entre educación en valores / área psicológica

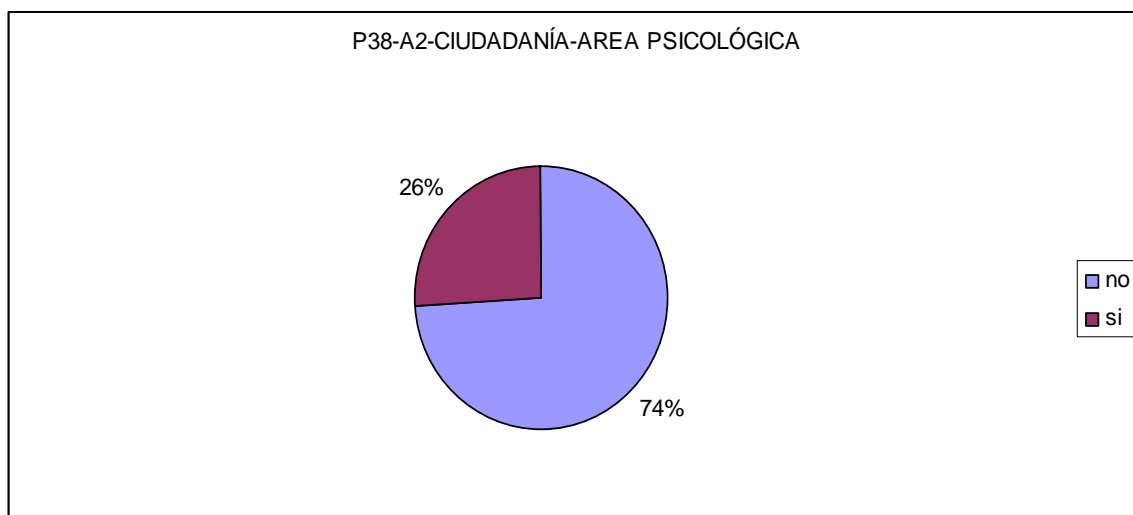
P38a1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	7	7,2	7,2	7,2
no	16	16,5	16,5	23,7
si	74	76,3	76,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	



**b.- Correspondencia entre educación para la ciudadanía / área psicológica****p38a2**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9	9,3	9,3	9,3
no	65	67,0	67,0	76,3
si	23	23,7	23,7	100,0
Total	97	100,0	100,0	



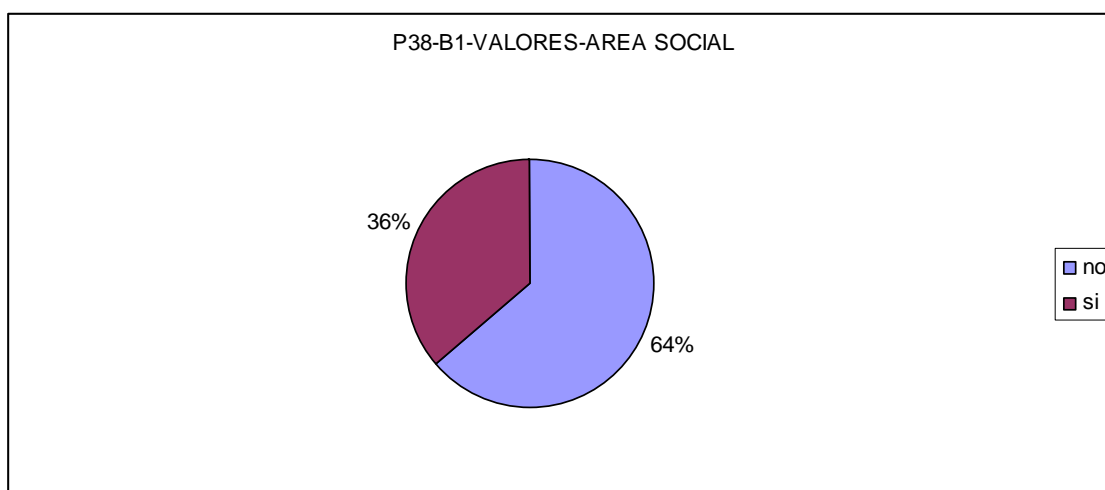
Al valorar las apreciaciones manifestadas por los usuarios en el área psicológica podemos establecer de forma general que el 82% de las respuestas emitidas asociaban los contenidos en valores morales y cívicos con los contenidos abordados en las intervenciones psicológicas. Frente a ello tan sólo en el 26% de las respuestas emitidas por los usuarios quedaron vinculadas las intervenciones psicológicas con los contenidos que entendían incluidos bajo el epígrafe ciudadanía.

Entendemos acertada la correlación existente entre las intervenciones psicológicas y la percepción ético-moral de los valores cívicos (82%), pero no vemos del todo apropiado que los usuarios perciban el conocimiento y el uso adecuado de derechos y deberes ciudadanos dentro de esta área de intervención (26%). El predominante papel desempeñado por los profesionales de la psicología en el campo de las adicciones pudiese ser la razón que diese sentido a estos últimos resultados obtenidos, si bien vemos el claro predominio existente entre el área psicología y la percepción e interiorización de los valores cívico-morales.

### c.- Correspondencia entre educación en valores / área social

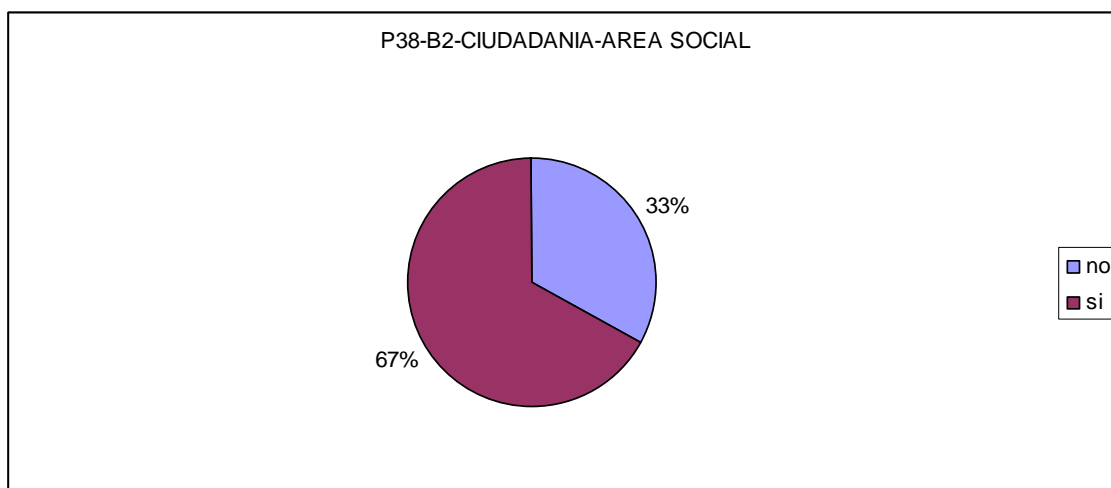
P38b1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	8,2	8,2	8,2
no	56	57,7	57,7	66,0
si	32	33,0	33,0	99,0
son	1	1,0	1,0	100,0
Total	97	100,0	100,0	



**d.- Correspondencia entre educación para la ciudadanía / área social****P38b2**

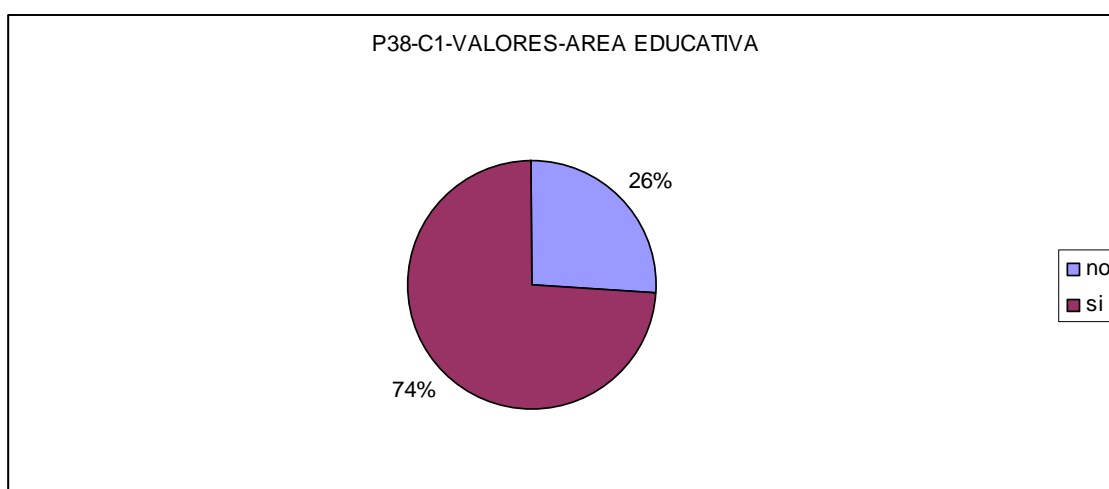
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9	9,3	9,3	9,3
no	29	29,9	29,9	39,2
si	59	60,8	60,8	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Al abordar el área social en su conjunto, podemos manifestar que los usuarios consideraron asignar una correlación entre dicha área y los valores en un 36% en base a las respuestas emitidas y en un 67% en el caso de los conceptos incluidos dentro de ciudadanía. Es manifiesto que los usuarios entienden dentro del área social mayoritariamente todo el conjunto de derechos y deberes ciudadanos.

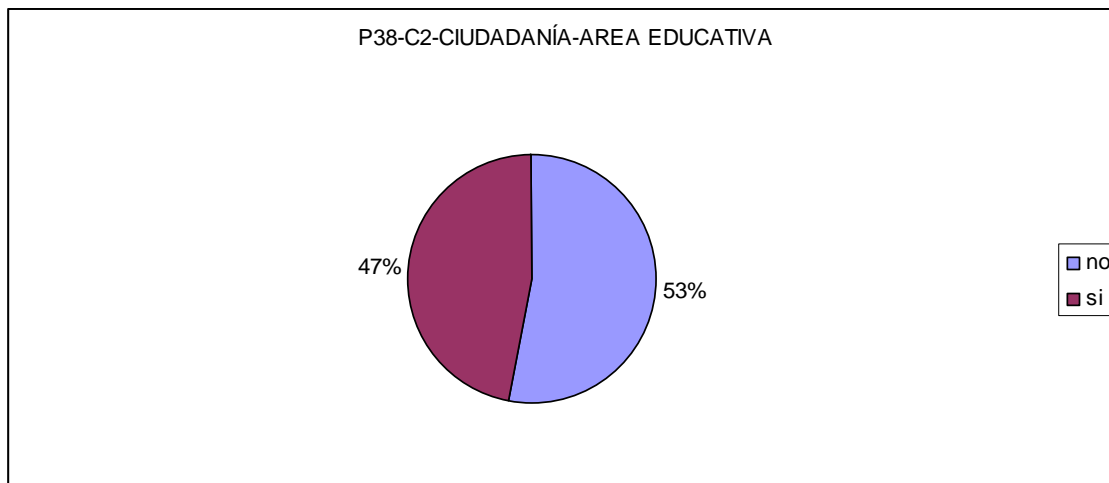
**e.- Correspondencia entre educación en valores / área educativa****P38c1**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9	9,3	9,3	9,3
no	23	23,7	23,7	33,0
si	65	67,0	67,0	100,0
Total	97	100,0	100,0	

**f.- Correspondencia entre educación para la ciudadanía / área educativa****P38c2**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10	10,3	10,3	10,3
no	46	47,4	47,4	57,7
si	41	42,3	42,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	



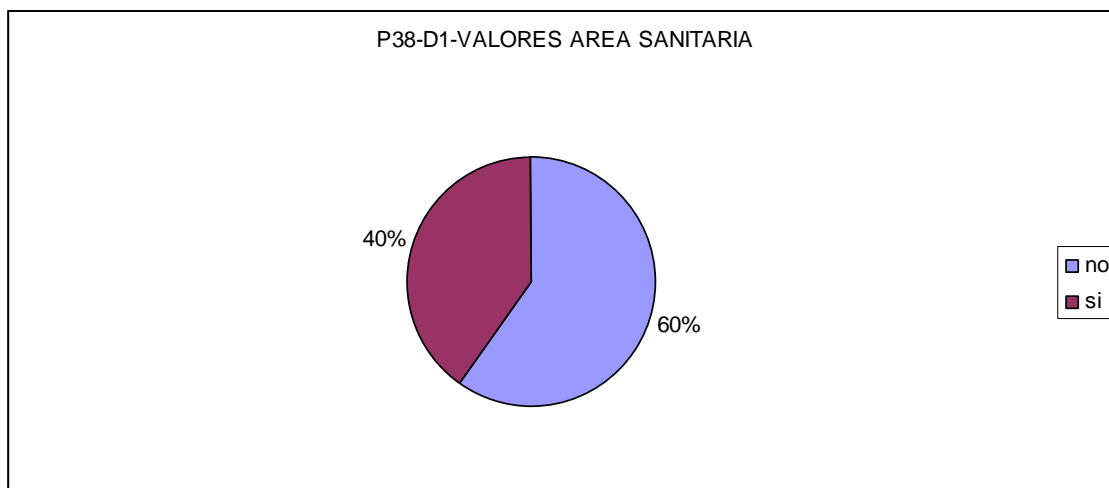


En el caso del área de intervención educativa, los usuarios de los recursos valorados entienden con una diferencia porcentual elevada, que son objeto de dicha área la enseñanza y aprendizaje de los valores ético-cívicos (así lo manifiestan el 74% de las respuestas emitidas). Sin embargo, los aspectos relacionados con la ciudadanía, para un 53% de respuestas emitidas, escaparían de su ámbito de acción (frente a un 47% que por el contrario, sí consideran incluidos en ella los contenidos cívico-ciudadanos).

#### g.- Correspondencia entre educación en valores / área sanitaria

P38d1

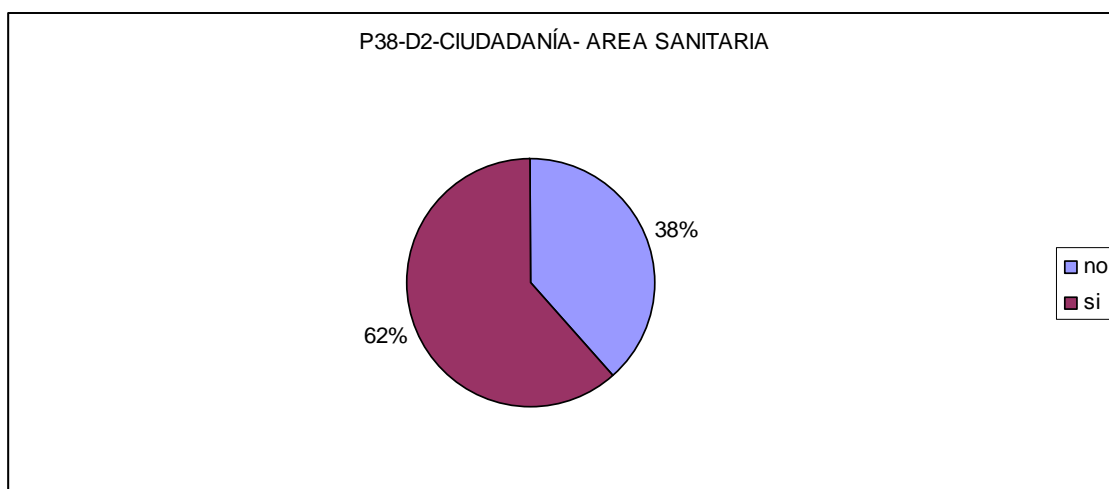
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10	10,3	10,3	10,3
no	52	53,6	53,6	63,9
si	35	36,1	36,1	100,0
Total	97	100,0	100,0	



#### h.- Correspondencia entre educación para la ciudadanía /área sanitaria

P38d2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	11	11,3	11,3	11,3
no	33	34,0	34,0	45,4
si	53	54,6	54,6	100,0
Total	97	100,0	100,0	



Al considerar el área sanitaria, los resultados obtenidos nos hacen que podemos indicar que estaría más ampliamente asociada dicha área a los conceptos ciudadanos (en un 62% de las respuestas emitidas), que a la interiorización de valores ético-morales (que se correspondería con un 40% de las mismas). La salud como derecho fundamental, la accesibilidad a la misma, el carácter público de la prestación sanitaria, entre otros aspectos “tan cuestionados” en este momento como anteriormente lo fue la introducción curricular de los valores ciudadanos, no sólo son de interés para la ciudadanía en general, sino que serían también de especial relevancia en el colectivo de usuarios valorados.

### **6.3.- Valoración e interpretación cualitativa de resultados**

Como ya hemos hecho referencia en el desarrollo de la investigación, en el capítulo 5, al abordar el diseño de los cuestionarios, proponíamos la inclusión de dos tipos de preguntas, unas cerradas, ya evaluadas en el apartado anterior y por el contrario, otras abiertas, las cuales posibilitaban al encuestado expresar sus opiniones, sin encontrarse éstas delimitadas por las posibles opciones de respuestas ofertadas por quien diseñó la encuesta.

Independientemente de ello, la existencia de estas preguntas abiertas en el cuestionario, nos permitió conectar con las necesidades e inquietudes de los encuestados y sin proceder a la realización, en sentido estricto, de entrevistas individualizadas a los usuarios, como posible herramienta de investigación dentro del trabajo de campo, apreciamos que la recogida de resultados de estas preguntas abiertas del cuestionario, nos posibilitó una toma de conciencia con “mayor cercanía” de la realidad social a la que nos aproximábamos a través de la investigación inicialmente diseñada.

Así, procedemos a contextualizar cada una de las preguntas abiertas con carácter previo a la exposición de las respuestas halladas.

### **6.3.1. Cuestionario para profesionales**

Se procede aquí a valorar e interpretar las respuestas abiertas ofrecidas por los usuarios ante las cuestiones planteadas en las preguntas P14, P26, P28, P31 y P34, del correspondiente cuestionario.

#### **6.3.1.1.- Tipo de formación previa que disponían los profesionales (P. 14)**

Se formuló a este respecto una pregunta exclusiva para ese 61.1% de los encuestados que contestaron afirmativamente disponer de formación inicial y previa a su actividad laboral en el momento de dar respuesta al cuestionario, solicitándoles que concretaran cual era dicha formación. Las respuestas emitidas (quince profesionales no respondieron) se pueden englobar en:

- Cursos específicos.
- Prácticas
- Cursos.
- Jornadas de voluntariado.
- La propia de la formación docente académica universitaria.
- Trabajo específico en C.P.D.
- Especialidad en Psicología Clínica.
- Especialización en U.D.H y trabajo anterior en C.P.D.
- Curso sobre Alcohol y Drogas.
- Voluntariado social.

- Campos de trabajo.
- Experto en Drogas y Sida.
- Experto en Drogodependencias.
- “Teórica”
- Cursos de Prevención.
- Master Universitario en tratamiento de adicciones.
- Curso de formación 88/89.
- Practicum (universitario).

**6.3.1.2.- Justificación del reflejo de sus conocimientos en valores y ciudadanía en los usuarios adictos (P. 26)**

Se planteó que se justificase la respuesta emitida en aquellos casos en los que los profesionales indicaron afirmativamente (80.6% de las mismas) la existencia de una correlación entre los conocimientos que poseían en valores como en aspectos vinculados a la ciudadanía con su intervención educativa con el usuario del recurso. Así pudimos apreciar en dichas respuestas emitidas por los profesionales encuestados, de los que ocho no contestaron, entre otros aspectos lo siguiente:

- Siempre tratan de transmitir los valores y conocimientos que tengo.
- Es una parte fundamental de mi trabajo dentro de la labor educativa.
- En situaciones concretas, ante un hecho o un tema determinado se trabajan los valores.

- Al haber adquirido esos valores, intento que “copien “esos conocimientos.
- Los valores de una persona son parte fundamental en el desarrollo personal, siendo la base para mejorar las relaciones personales.
- Se reflejan a través del día a día y a través de la educación en valores.
- Cada día mi mayor interés es transmitir mis conocimientos, aplicándolos en todos los espacios y actividades que se realizan en el centro, en las conversaciones con los demás, en los ratos de ocio, en el deporte.
- Tal y como a mi me han educado en valores y ciudadanía, es como soy durante mi trabajo, en donde estoy en constante contacto directo con los usuarios.
- En mis intervenciones con los usuarios en determinadas ocasiones les transmito mis conocimientos en este campo, para que las puedan aplicar en el desarrollo de sus gestiones de tipo social.
- Son la base del proceso de incorporación social de nuestros usuarios, por lo que durante el tratamiento se les prepara y se les educa para ello desde distintas actividades.
- Intervenciones socioeducativas sobre conductas y actitudes, hábitos de vida sanos.
- Forma parte de las intervenciones cotidianas para la modificación de conductas y aprendizajes de nuevos recursos personales de los usuarios.
- Mis valores se ven reflejados en todas las acciones de mi vida no sólo en mi trabajo.
- La intervención socioeducativa conlleva el trabajo y la interiorización de comportamientos y actitudes y valores.
- Intervengo directamente con el usuario para modular su comportamiento.

- Siempre intento ponerme en el lugar del otro.
- Se razonan las explicaciones e intervenciones que se hacen con los usuarios.
- A través de normas de convivencia y de conductas.
- Las intervenciones terapéuticas están centradas en aumentar las capacidades y potencialidades de los propios pacientes, cuidando las transferencias y las contra-transferencias que pudiesen dificultarlas.
- La educación en valores es la base del programa socioeducativo procurando formarme todo lo posible en ello.
- Es algo que con el colectivo drogodependiente siempre está aunque sea transversal.
- No tengo relación con el usuario (trabajo de administrativo).
- Es la dinámica diaria.
- No tengo conocimientos, ni me han ofrecido conocimientos sobre ello.

#### **6.3.1.3- Formación continua en adicciones recibida (P. 28)**

Es, en esta cuestión nº 28, cuando planteamos en el cuestionario qué tipo de formación es la recibida por los profesionales y cual es el contenido de la misma. Debemos de recordar en esta ocasión que el 75% de profesionales manifestaron haber recibido formación específica, durante su vinculación laboral para el desempeño de su actividad profesional, si bien indicamos que diez personas encuestadas no formularon respuesta a dicho ítem. El resultado obtenido se puede agrupar en las siguientes manifestaciones:

- Cursos.
- Cursos y jornadas formativas.

- Salud dentro de las adicciones.
- Talleres.
- Trastornos asociados a las drogas.
- Patología dual, cocaína y drogas de síntesis.
- Drogas de síntesis, comorbilidad asociada, sicopatología asociada al consumo de cocaína
- Anualmente, la empresa realiza cursos de formación (sin especificación alguna).
- Salud mental y dinámicas de grupo.
- Formación esencialmente sanitaria.

#### **6.3.1.4.-Formación continua recibida en materia de Ciudadanía (P. 31)**

Se cuestionaba en esta pregunta que aspectos de los incluidos en educación para la ciudadanía habían sido objeto de formación continua para los profesionales.

Ante el resultado obtenido en la pregunta anterior, la totalidad de los encuestados que ofrecieron respuesta al ítem planteado lo hicieron en sentido negativo, la cuestión ahora valorada, desde una perspectiva cualitativa, carece de sentido alguno.

#### **6.3.1.5.- Formación continua en educación en valores recibida (P.34)**

Se planteó la cuestión referida al conocimiento sobre la formación continua en valores recibida para el desempeño de la actividad profesional en concreto. Se intentó valorar en que consistía la formación recibida en caso



afirmativo (que se correspondía con el 11.4% de las respuestas emitidas), indicándonos los profesionales los siguientes aspectos:

-Cursos y talleres.

-Autoformación.

Queremos resaltar un aspecto enormemente llamativo en el desarrollo de la investigación consistente en que no respondieron a la cuestión planteada 33 profesionales. Un número relativamente elevado que no quisieron manifestar opinión al respecto, si bien los contenidos más tradicionales de educación en valores han estado presentes siempre en los programas de intervención en comunidad terapéutica.

### **6.3.2. Cuestionario para usuarios**

En el caso de los usuarios procederemos a reflejar y a valorar los resultados obtenidos de las preguntas abiertas incluidas en el diseño del cuestionario, que serían las preguntas P13, P14, P18, P25, P28 y P31.

#### **6.3.2.1- Actividades educativas en la que ha participado (P.13)**

La cuestión planteada en décimotercera posición del cuestionario solicitaba que explicasen los usuarios la actividad educativa en la que han participado, tomando como punto de partida el 93.8% de respuestas afirmativas previamente emitidas por ellos ante la pregunta relacionada con la participación en actividades educativas durante su estancia en comunidad terapéutica. En esta ocasión las respuestas expresadas por los usuarios versaron entre otros en los siguientes términos:

- Talleres.
- Trabajos en reuniones de equipos.
- Tareas de limpieza.
- Salidas de ocio.
- Grupos terapéuticos.
- Deporte.
- Coloquios.
- Informática.
- Habilidades sociales.
- Salidas “responsables”.
- En talleres de prevención de recaídas.
- En talleres de rumores.
- Actividades lúdicas.
- Actividades de expresión, de responsabilidad, de crítica constructiva.

#### **6.3.2.2.- Contenidos aprendidos en las actividades educativas realizadas (P. 14)**

Continuando con la línea de trabajo anteriormente establecida, pretendemos considerar ahora cuáles son los contenidos aprendidos mediante esas actividades educativas realizadas (recordemos que el 93.8% de las

respuestas afirmaron llevarlas a cabo). Ante ello tuvimos las siguientes respuestas:

- A relajarse.
- Mejoras en el comportamiento.
- Cambios.
- Evasión.
- Toma de conciencia.
- Paciencia.
- Prudencia.
- Afectividad.
- Equilibrio mental y físico.
- Superación de la frustración.
- Cambio de conductas antisociales.
- Valores.
- Uso adecuado del tiempo libre.
- Responsabilidad.
- Aceptación personal.
- Toma de conciencia de estar en sociedad.
- Capacidad de relacionarse.
- Evitar recaídas.

- Graduado escolar.
- Autoestima.
- Control de impulsividad.
- Capacidad de relacionarse.
- Cuidado de la salud.
- A comprender, a ser más comprensivo.

Al reflejar las opiniones de los usuarios, hemos planteado la exposición de las mismas en el sentido de ser lo mas fieles a lo manifestado, si bien sólo añadiremos que en función del propio programa de intervención que oficialmente se desarrolla, es posible apreciar confusión entre lo que realmente es una actividad propia del área psicológica y de la que es del área propiamente educativo-ocupacional. No obstante, este hecho sólo nos debe de servir para plantear la necesidad de reforzar el papel del educador, de la pedagogía dentro de estos recursos.

#### **6.3.2.3.-Actividades válidas bajo apreciación de los usuarios (P.18)**

Partimos de la formulación de una cuestión previa, relativa a la valoración que los usuarios hacen sobre la utilidad o no de las actividades educativas presentes en el programa de intervención terapéutica. En este caso se obtuvo que el 92% de las respuestas emitidas refuerzan la validez a tal consideración considerándolas como actividades de utilidad terapéutica.

Se les solicitó a continuación que indicasen qué actividades consideraban más útiles, destacando:

- Terapia grupal.
- Terapia avanzada.
- Control personal.
- Deporte.
- Habilidades sociales.
- Talleres para educación para la salud.
- Intervenciones en recaídas.

**6.3.2.4.- Explicación realizada por los usuarios del concepto “Valores”  
(P.25)**

Nos encontramos con el hecho que 94% de las respuestas emitidas por los educandos adictos manifestaban conocer el significado del concepto “valores”. Se solicitó por tanto bajo este formato de pregunta abierta, que explicasen los usuarios qué entendían por valores. Al ítem planteado no ofrecieron respuesta diez usuarios. Reproducimos a continuación por su relevancia para la investigación las respuestas obtenidas:

- Honestidad.
- Alegría.
- Responsabilidad
- Sinceridad.
- Positividad.
- Sinceridad, humildad y prudencia.

- Reglas de convivencia y comportamiento, autoestima y empatía.
- Amistad, responsabilidad.
- Correcta educación, respeto, comportamiento adecuado.
- Respeto y comprensión hacia el otro.
- Ser buena persona.
- Principios y bases de las decisiones que podamos adoptar.
- Contenidos inculcados por entorno familiar y social.
- Los cimientos de la persona, el saber decidir, tener la “base” para saber decidir.
- Actitudes con los demás.
- Contenidos emocionales, educativos, orientadores, fortaleza personal.
- Amistad, compañerismo, fidelidad, comprensión, amor.
- Requisitos previos de la persona para sentirse bien consigo.
- Prioridades.
- Todo lo positivo que adquiero.
- Capacidades y cualidades personales.
- Honradez.
- Autoestima.
- “Cosas” que se aprenden con el tiempo.
- Creencias personales.

- Capacidad para apreciar.
- Conocimiento del valor de las cosas.
- Forma de comportamiento y de respeto a los demás.
- Crecimiento personal.
- Respeto.
- “Que merece la pena”.
- Valor es una “forma de conducta”.
- “Lo importante”.
- Conocimiento personal.
- Responsabilidad, tolerancia.
- Respeto, convicciones.
- Empatía.
- Principios directores.
- Acciones y actos de las personas.
- Creencias y comunicaciones, guía de actuación.
- Moralidad, sentido de salubridad y crítica.
- Sinceridad.
- Capacidades personales.
- Actos aprendidos en escuela, familia que nos ayudan en la vida.
- Integridad y autenticidad.

- “Son la definición de tu personalidad”.
- Educar para priorizar.
- Valores son “conductas” que te hacen mas persona.
- Principios y bases en la toma de decisiones.
- Limites personales y disciplina.
- Humildad, lealtad y amistad.
- “Conocimiento de tus propias intenciones”.

#### **6.3.2.5.- Explicación realizada por los usuarios del concepto: Ciudadanía (P. 28)**

En esta ocasión, el punto de partida lo constituían los resultados obtenidos en una pregunta cerrada previamente formulada en el cuestionario, a partir de la cual, se puso de manifiesto que el 81% de las respuestas emitidas indicaban el conocimiento existente por los usuarios de los recursos del término ciudadanía. Por tanto, es en este momento cuando se les solicitó una explicación del significado conceptual de “ciudadanía” a quienes manifestaron conocerlo. Destacaremos que veinticuatro encuestados de los dispositivos asistenciales analizados no formularon respuesta a esta cuestión. Así, las respuestas ofrecidas en su literalidad, reflejaban los siguientes aspectos:

- Vivir con los ciudadanos.
- Ciudadanía es el pueblo.
- Respeto a los demás.
- Conocimiento de las reglas básicas de convivencia y su acatamiento.
- “Ser un buen ciudadano”.



- Normas y reglas para vivir en sociedad.
- Respeto y pragmatismo.
- Relaciones interpersonales.
- Convivencia, relación entre personas en “la calle”.
- Armonía.
- Urbanidad.
- Reglas de convivencia que hacen posible la vida en la sociedad.
- Es la sociedad.
- “Quien quiere formar parte de la convivencia cívica”.
- “Ser un ciudadano “normal” dentro de la sociedad, con derecho a opinar.
- Cercanía y trato adecuado con los demás.
- “Saber estar en la calle”.
- “Es lo que une a la sociedad, lo que nos une”.
- Integración.
- Es “todo lo que me rodea que tenga sentimientos”.
- Comunidad cívica.
- Comunidad civil.
- Derechos y deberes.
- Las obligaciones de todo ciudadano.
- “Lo mas apreciable de un tipo social”.

- “Ser un ciudadano mas”.
- “Grupo social, democrático, con derechos y deberes , como ciudadano”.
- Respeto y solidaridad hacia mis semejantes.
- Ser persona.
- “Colaboración”.
- “Conciencia y civismo”.
- “Ser y actuar conforme a la sociedad en la que vivimos”.

#### **6.3.2.6.- Justificación de la elección efectuada relativa al tipo de ubicación del recurso asistencial. (P. 31)**

Finalizaremos este recorrido de valoraciones cualitativas considerando la ubicación del recurso elegido por los usuarios y ante dicha elección, les planteamos que nos indiquen los motivos que determinan esa prioridad selectiva. Siete usuarios de comunidades terapéuticas no emitieron apreciación alguna que nos ayudase a clarificar nuestra inquietud.

Así, fueron justificaciones aportadas por los usuarios las siguientes:

A.- Entre los que escogieron el **medio urbano** (39% de las respuestas emitidas):

- Para poder comunicarme con la sociedad.
- Por sentirme mejor.
- Al vivir en barrio “conflictivo” y abandonando el consumo dentro de otro “me hago más fuerte”. No debo irme “fuera” para conseguirlo.

- Porque tiene más salidas educativas.
- Porque es el que me incumbe.
- Por existir contacto continuo con el mundo real”.
- Por ofrecer mayor inserción social e integración y mas posibilidad de relaciones interpersonales.
- Por estar cerca de los valores de la sociedad.
- No llegue a elegir estar en la ciudad, fue simple cuestión de adjudicación.
- Lo prefiero porque es donde me tengo que desenvolver en un futuro, pero no lo elegí, fue por sorteo.
- Porque las salidas educativas permiten interconectarme con la sociedad “normal” que rodea al centro y me ayuda en mi integración.
- Por afrontar mi problema en mi mismo pueblo.
- Mayor contacto con “la calle”, imprescindible para mejorar en mi dependencia.
- Porque no me siento tan sólo.
- Para aprender a formar parte de la ciudadanía y no en ausencia de ella.
- Simplemente “soy urbano” y mi trabajo también lo es.
- Porque la cercanía con el día a día es mejor para la evolución personal.
- Por relacionarme con gente, el día de mañana estaré en “la calle”.
- Porque en ella hay más oportunidades.
- No me gusta el campo.
- Estoy más acostumbrado a vivir en ellas.

- Más “cercano”, todo es más cercano.
- Porque tengo aun problemas judiciales.
- Para favorecer las relaciones con el medio donde voy a vivir.
- Porque en el momento en el que estoy necesito mayor contacto con el mundo exterior.
- Para afrontar la realidad.

B.- Entre los que escogieron el **medio rural** (61% del total de respuestas emitidas):

- Por gustarme más.
- Porque tiene mayor libertad de movimiento.
- Por salir de mi entorno
- Por estar aislado de todo.
- Por mi gusto a la naturaleza.
- Por tranquilidad.
- Porque interiorizo más.
- Por búsqueda de lejanía del conflicto, ganando tranquilidad.
- Porque es más sano el ambiente.
- Porque existen en ellas menos tentaciones.
- Porque estas más alejado del peligro.
- Porque tienes menos tentativa de dejar el centro.

- Por estar más alejado de la ciudad, así me distraigo menos.
- Para poder alejarme de la ciudad.
- Por ser una microsociedad apartada de sustancias.
- Para no recordar nada, ni a mi familia.
- Porque es el único en el que creo.
- Porque consigo un mayor aprovechamiento de la terapia.
- Me facilita la concentración.
- Porque en el medio urbano me costaría más reinsertarme.

C.-Otras respuestas emitidas:

- Me es indiferente.
- Me da igual.

#### **6.4.- Valoración y análisis de los resultados de las pruebas de chi-cuadrado**

Hemos llevado a cabo la exposición de los resultados obtenidos en nuestra investigación, tanto desde un primer plano cuantitativo, a un segundo momento donde se realiza desde una perspectiva cualitativa.

Es ahora, en esta situación, cuando consideramos de interés para la investigación establecer contingencias entre los valores obtenidos de la aplicación de la herramienta de investigación para así establecer conclusiones a partir de dichas correlaciones observadas. Indicábamos en los apartados anteriores del presente capítulo, no sólo los resultados obtenidos, sino que

proporcionamos un breve análisis de los mismos, hecho que nos sirvió para establecer las conclusiones de cada uno de los ítems individualmente considerados.

Así, continuando con la valoración de los datos obtenidos, avanzaremos y profundizaremos a través del análisis de posibles contingencias planteadas entre los diferentes ítems que hemos considerado de interés. Pretendíamos, en el caso del análisis de contingencias entre los profesionales, relacionar entre sí aspectos ya abordados, como son entre otros: antigüedad laboral, nivel de satisfacción en el puesto de trabajo, sector poblacional atendido, formación previa de los profesionales y atención directa al usuario del recurso. De igual forma se vincularon la propia actividad profesional desarrollada con los potenciales contenidos educativos considerados de especial relevancia, así como con el conocimiento previo de los conceptos y contenidos relacionados con los valores y ciudadanía, la suficiencia de dichas materias en el programa terapéutico desarrollado y el reflejo de los mismos en el usuario del recurso.

Todo ello nos va a permitir bajo nuestra particular perspectiva profundizar en la necesidad de dotar a la intervención terapéutica en las comunidades de un papel educativo de mayor trascendencia y, a la vez nos permitirá mediante el establecimiento de dichas contingencias, valorar la obtención de datos significativos en nuestra investigación.

#### **6.4.1.- Contingencias valoradas en Profesionales**

##### **6.4.1.1.- Antigüedad profesional frente nivel de satisfacción**

Procedimos inicialmente valorar las potenciales interrelaciones planteadas entre la antigüedad en el puesto de trabajo de los profesionales con el nivel de satisfacción de los mismos en su desempeño profesional.

En estas circunstancias evaluadas, podemos destacar que si bien los profesionales de menor antigüedad en el desempeño profesional se manifiestan, mayoritariamente y en igual porcentaje, bajo los epígrafes “satisfechos” o “muy satisfechos”, al ir avanzando el tiempo de actividad en

este sector social, pasan a clasificarse dentro del epígrafe “muy satisfecho” en su totalidad, correspondiéndose dicha clasificación con el periodo temporal establecido entre uno a tres años de desarrollo profesional en el sector (consolidación laboral). Por el contrario, diremos que conforme la antigüedad laboral va en aumento, se produce la caída del nivel de satisfacción casi de un 60%. A este respecto, en todo caso debemos plantear, como los datos obtenidos nos indican, una caída que siempre mantendrá al sujeto en niveles que podemos denominar elevados o adecuadamente satisfactorios.

Igualmente procedimos a agrupar a los profesionales en dos grandes sectores, uno de ellos con antigüedad inferior a tres años y el otro con antigüedad superior a estos tres años antes referidos, y frente a ellos, consideraremos el nivel de satisfacción profesional.

Pudimos en esta ocasión apreciar que se producía una caída de niveles de satisfacción correspondiente a los profesionales incluidos en el epígrafe “muy satisfechos” desde valores del 75% (presente en el caso de aquellos que presentaban una menor antigüedad) hasta valores que representan el 50% de los iniciales (40.6%), y que se correspondían con los profesionales que avanzaban en la consolidación en el puesto de trabajo.

Concluimos por tanto que al considerar la agrupación de los profesionales en sólo dos categorías con antigüedades inferiores y superiores a los tres años, apreciamos que a medida que la antigüedad aumenta la tendencia al cambio del sector se invierte.

#### **6.4.1.2.- Antigüedad frente a cambio de sector profesional**

De igual forma, analizaremos qué ocurrió al considerar la antigüedad en el desempeño profesional con el deseo de los profesionales de cambiar de sector poblacional atendido. En esta situación, podemos apreciar que conforme vamos incrementando la antigüedad laboral del profesional se va afianzando en mayor medida la predilección por el sector objeto de nuestra investigación (adictos). Así, nos encontramos con el hecho que, aquellos profesionales con menos de un año de antigüedad, de forma absoluta, parecen mostrar una clara

tendencia al cambio de sector de población sobre el cual desarrollar su actividad laboral. Así mismo, en el intervalo comprendido entre uno y tres años de antigüedad pasa a mostrarse la tendencia observada a una situación plenamente equilibrada entre los que muestran su conformidad y los que plantean disconformidad al cambio.

Por tanto, finalmente destacaremos, en base a los resultados obtenidos, la existencia de una situación donde la consolidación (temporal) y la adhesión (satisfacción) al puesto de trabajo desarrollado es máxima una vez superados los tres años de ejercicio profesional.

#### **6.4.1.3.- Antigüedad laboral frente a formación inicial**

Continuamos analizando una nueva contingencia consistente en la antigüedad laboral presente entre los profesionales en relación con la formación inicial que disponían los mismos con carácter previo a comenzar su actividad laboral en el recurso estudiado. En estas circunstancias, pudimos observar en base a los resultados obtenidos que, independientemente de la antigüedad en el desempeño profesional, todos los encuestados disponían de formación previa o inicial antes del ejercicio profesional. Si bien, señalaremos que, conforme la antigüedad asciende, es decir que para aquellos profesionales que llevan desarrollando su labor profesional un mayor periodo temporal, la formación inicial presente será menor, careciendo incluso alguno de ellos de dicha formación inicial. En estos últimos casos referidos podemos indicar que llegan a representar incluso un 43.8% del total de profesionales considerados. Independientemente de lo expuesto, en el caso de esos profesionales de mayor antigüedad, siempre observamos que los valores obtenidos entre la variable (disposición de formación previa), frente a los que no disponen de ella, serán suficientemente equilibrados.

Los actuales y coherentes niveles de exigencia profesional (y dentro de ella, lógicamente, la formación inicial tiene un valor concreto significativo) se han incrementado notablemente a lo largo de los años. Dicho incremento ha determinado que los profesionales más jóvenes no procedan, mayoritariamente



del sector asociativo en la actualidad, como sí ocurrió en las etapas iniciales en los servicios de tratamiento en adicciones objeto de nuestra investigación. La presencia de profesionales altamente capacitados en los servicios residenciales orientados al tratamiento de las adicciones y por ende, presentes en los recursos analizados, refuerza la conveniencia de analizar esta contingencia.

#### **6.4.1.4.- Puesto de trabajo, atención directa al usuario y contenido educativo**

Avanzando en nuestras interrelaciones, establecimos la relación apreciable entre el puesto de trabajo desarrollado, la existencia de atención directa en su caso y con un factor como es la existencia de contenido educativo relevante en la actividad profesional desarrollada.

En este caso, como era esperable la práctica totalidad de los profesionales admite la existencia de interacción directa y por ello, salvo el personal con funciones en la administración, todos los profesionales se verán implicados en procesos de retroalimentación interactiva con los usuarios.

Procedimos de igual forma a examinar la relación entre el puesto de trabajo ocupado por el profesional en cuestión frente a la existencia en su caso de contenido educativo relevante en la actividad profesional desarrollada. En esta situación planteada diremos que sólo en el caso de los incluidos bajo el epígrafe de educadores en un 100% se manifestaron favorablemente a dicho contenido educativo relevante.

#### **6.4.1.5.- Suficiencia de contenidos en la intervención educativa frente a importancia terapéutica de Valores y Ciudadanía**

Finalmente pasamos a valorar dos nuevas situaciones. Por un lado, la interacción entre los resultados obtenidos al considerar la suficiencia o no la intervención educativa en valores con el orden de importancia asignado a

valores y ciudadanía por los profesionales y por otro lado, de forma análoga, la suficiencia en este caso concreto referida a ciudadanía frente al orden asignado a valores y ciudadanía igual que en el caso anterior. Así, al considerar aquellos casos en los que se le asignó el máximo valor (valor 1) a la intervención educativa en valores y ciudadanía, vemos que también al valorar esta contingencia, el porcentaje mayor viene representado por aquellos profesionales que no consideran suficiente dicha intervención. Tan sólo el 25% de los que asignaron valor máximo a la intervención en valores y ciudadanía coincidía con el hecho de su catalogación como aspecto ampliamente abordado, ya que primaba sobre otros.

Podemos igualmente manifestar que, considerando la proporción de profesionales que dan máximo valor a la intervención educativa en ciudadanía y valores, el mayor valor porcentual coincide con aquellos que si consideraron la intervención realizada en ciudadanía suficiente, manifestando a su vez que es un aspecto ampliamente trabajado.

La totalidad de los profesionales indicaron que sus conocimientos, tanto en ciudadanía como en valores, se veían reflejados en los educandos adictos. Y al evaluar la realización de atención directa con adictos, volveríamos a destacar el grupo de profesionales que desarrollan la totalidad de la jornada laboral con atención directa a adictos con el máximo nivel de transferencia de conocimientos en ciudadanía y valores, tal y como podemos ver en las tablas de contingencias que presentemos en el capítulo noveno (anexos).

Se comprueba la existencia de una plena coincidencia entre los profesionales que realizan atención directa con la traslación, en los usuarios, de los conocimientos en valores y ciudadanía que poseen dichos profesionales.

#### **6.4.1.6.- Formación continua en adicciones frente a formación en valores y ciudadanía**

En todos los casos valorados relacionados con la existencia de formación específica continua para los profesionales la respuesta obtenida fue idéntica. Tras analizar las posibles combinaciones entre las respuestas de nuestra herramienta de investigación se obtuvo la misma conclusión. Podemos decir que tanto los profesionales que han recibido formación continua específica como los que no la recibieron indicaron que en ningún caso esa formación se correspondió con aspectos vinculados a ciudadanía. En el caso de formación continua en valores no nos encontraremos con una situación diferente a la anteriormente planteada como podemos apreciar en la tabla de contingencia correspondiente (ver capítulo 9).

Dentro del conjunto de profesionales que afirmaron haber recibido formación específica en adicciones (formación continua), asignaron en un 30.8% máxima importancia a la formación en valores y ciudadanía, que junto al 26.9% que le proporcionaron un papel relevante en la escala establecida (segundo lugar), suponiendo un valor global del 57.7% de los profesionales que, habiendo recibido formación específica, consideran la importancia relevante de estos dos aspectos citados.

Un 50% de los profesionales valorados indicaron haber recibido formación específica en valores y asignaron a la vez el máximo valor de importancia a los conceptos y contenidos vinculados a valores y ciudadanía de forma paralela, al considerar los contenidos educativos esenciales terapéuticamente hablando.

Todos los profesionales afirmaron no haber recibido formación específica previa en ciudadanía, y de ellos el 55.9% asignaron valores de significativa importancia a ciudadanía y a valores.

El 84,8% de los profesionales a pesar de no recibir formación específica en ciudadanía manifiestan la importancia de asimilar el currículo existente en la educación formal con el que “debería claramente existir” en esta parcela educativa en la comunidad terapéutica, desarrollando desde la transversalidad contenidos vinculados a valores y ciudadanía dentro del marco de la educación no formal.

Para concluir resaltamos la notable diferencia observada entre el esfuerzo formativo existente en valores frente a la ausencia palpable en ciudadanía. Frente a este hecho constatado ponemos de manifiesto que todos los profesionales que recibieron formación en valores consideraron oportuno de la formación en valores y en ciudadanía, incorporándolas en el potencial currículo de la comunidad terapéutica. Y el 83% de los que no han recibido formación específica en valores de igual forma consideran preciso asimilar las acciones educativas a realizar con las implantadas en el marco de la educación formal.

#### **6.4.2.- Contingencias analizadas en usuarios. Valoración general**

Al igual que hicimos con los profesionales, nos interesamos en ver posibles contingencias significativas que generen nuestro interés entre las respuestas obtenidas al aplicar la herramienta de trabajo de la investigación a los usuarios de los recursos asistenciales.

El análisis de los valores obtenidos de las contingencias planteadas lo realizamos de forma global y no pormenorizada en esta ocasión, puesto que no debemos olvidarnos que son los profesionales y concretamente su formación, el objeto de nuestra investigación. Pero, sin lugar a dudas, serán los usuarios los beneficiados de la formación que posean los profesionales y podremos por ello percibir el éxito o el fracaso terapéutico de los usuarios como un claro indicador de la sintonía existente entre la adecuada formación del profesional y el éxito terapéutico conseguido por el adicto.

Al considerar el número ingresos en los últimos cinco años frente al número de recaídas experimentadas por los usuarios del recurso, destacaremos que, del total de usuarios estudiados, aquellos que manifestaron haber realizado más de tres ingresos indicaron de igual forma, en un 70% de los casos, haber experimentado recaídas en más de tres ocasiones durante dicho periodo. Este hecho, bajo nuestra consideración, nos indica y refuerza el carácter crónico de la patología bio-psico-social, objeto de nuestro estudio, al materializarse bajo la forma de cortos periodos de abstinencia frente a recidivas frecuentes.

Igualmente al vincular el número de recaídas experimentadas por los usuarios frente a la finalización del programa terapéutico y a la consecución del alta terapéutica asociada, podemos ver que el 67.4% de los encuestados manifiestan no haber conseguido nunca el alta terapéutica frente al 21.1% que frecuentemente lo consigue. Del porcentaje total de usuarios (67.4% anterior) que no alcanzan nunca los objetivos terapéuticos, el 73.3% de ellos manifiestan que, en este periodo considerado (cinco años), experimentaron más de tres recaídas. Si bien, de igual forma, el 52.3% de los usuarios indicaron que presentaron entre una y tres recaídas en dicho periodo, no consiguiendo de igual forma nunca el alta terapéutica.

Si consideramos las respuestas ofrecidas, podemos en una primera instancia cuestionarnos si son realmente útiles las acciones terapéuticas planteadas en el programa ejecutado en el seno de los recursos asistenciales. Cuestionaremos por tanto dicho programa desarrollado, puesto que el “tránsito” de usuarios por estos recursos parece que no facilita, al menos mayoritariamente, un cambio en las conductas adictivas. Dichas conductas persisten en un periodo relativamente corto (cinco años) si lo consideramos en relación con la edad media de los encuestados, donde el 74% de ellos tenían edades comprendidas entre treinta a cincuenta años (Ver capítulo 6). Esta valoración nos debe de orientar a la “búsqueda” de nuevas alternativas terapéuticas, o al menos, acciones que supongan una “mejora” en la calidad de vida “comunitaria” de los usuarios, ya que a simple vista parece indicarnos que

no existe un cambio sustancial mantenido en el tiempo en las características bio-psíquicas del usuario en cuestión

Pudimos valorar también las actividades educativas/formativas pre-laborales, en las que participan dichos residentes en esta fase residencial del tratamiento. Relacionamos las respuestas emitidas sobre la apreciación que los residentes tenían sobre la utilidad de dichas acciones. Así, el 85.3% de los residentes consideraron útiles las actividades realizadas a la finalización del programa terapéutico. De igual forma, al valorar dichas actividades, éstas fueron consideradas mayoritariamente orientadas al crecimiento o desarrollo personal del individuo (83.1% de las respuestas emitidas) y por el contrario, vieron en ellas poca utilidad para la inserción laboral. Por tanto, si la percepción del usuario es favorable a las acciones educativas, entendiendo que favorecen a su desarrollo como individuo en el seno de la comunidad, podríamos plantearnos porqué no se han realizado mayores esfuerzos en abordar transversalmente y también de manera directa los mismos conceptos y contenidos (valores y ciudadanía). Conceptos y contenidos que desde el año 2005 se planteaban introducir a instancias de iniciativas comunitarias europeas en los contextos de la educación formal a través de su incorporación curricular. (Ver capítulo 2).

Tal y como planteamos anteriormente, al ver la interacción entre las respuestas emitidas por los usuarios sobre la potencial utilidad de las actividades educativas y los procesos formativos desarrollados durante la estancia en comunidades frente a las inserciones laborales conseguidas al finalizar la acción terapéutica, podemos indicar que el 80% de los usuarios dejaron constancia con sus respuestas que la formación carecía de validez y no habían conseguido nunca una inserción laboral.

Nos serían de utilidad estos datos obtenidos para hacernos reflexionar acerca si el esfuerzo inversor, tanto económico como humano dirigido a dotar a estos usuarios de una mínima/básica/facilitadora formación pre-laboral, proporcionó los objetivos deseados. De igual forma, también nos posibilita

plantearnos si no sería mas adecuado centrar estos esfuerzos mencionados en la consecución de “usuarios adictos crónicos” con una mayor “conciencia cívica y social”, que facilite su inclusión comunitaria con carácter previo a la laboral, puesto que esta última parece no alcanzar los resultados deseados.

Si planteamos el nivel de conocimiento de los conceptos valores y ciudadanía, así como el uso de derechos por parte de los usuarios, nos encontramos que el 80.5% manifiesta conocer el sentido del término valores, así como los derechos y deberes que poseen como ciudadanos y manifestando mayoritariamente que “creen ser capaces” de hacer un uso responsable de derechos cívicos al finalizar el proceso terapéutico (94.7%). Por el contrario, este porcentaje decae notablemente en aquellos casos que se produce una o varias recaídas del residente/usuario, de forma que, aunque muy igualados los valores porcentuales (55.4% frente a 44.6%), de quienes piensan favorablemente sobre su capacidad de utilización responsable de derechos frente a los que no, serán ligeramente mayoritario los que creen posible dicho uso. Bajo nuestra particular visión, esta respuesta emitida no deja de ser una situación “idealizada” por los propios residentes durante la fase “de control” personal en la que se encuentran durante la fase de tratamiento. La realidad evidenciada por el amplio número de recaídas existentes, por la pervivencia de la adicción en la mayoría de sus vidas y las dificultades de inclusión social que se presentan con ellos, nos hacen reflexionar sobre la necesidad de introducir “cambios reales” en los procesos y programas terapéuticos orientados a la dignificación individual del adicto como ciudadano.

**CAPÍTULO 7:**

**CONCLUSIONES GENERALES Y  
PLANTEAMIENTO PARA UNA PROPUESTA  
DE INTERVENCIÓN FORMATIVA**





## **7.1. CONCLUSIONES OBTENIDAS DEL ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN EN LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

A lo largo de toda nuestra investigación, procedimos a realizar la revisión de las acciones formativas que, bajo el amparo de los diferentes planes de formación, se han ido desarrollando anualmente por parte de la Administración Autonómica Andaluza, por ser ese enclave geográfico, el correspondiente donde se enmarcó nuestro estudio.

Hemos intentado, por tanto, a través de esta revisión formativa y con la máxima precisión que los propios datos ofrecidos por la Dirección General de Servicios Sociales y Adicciones del Gobierno Autonómico nos han permitido, exponer cuál ha sido la “realidad formativa” para los profesionales, que durante el periodo temporal abordado (2002-2009), ha tenido lugar en la Comunidad Autónoma Andaluza. Las actividades anteriormente expuestas en el capítulo 3, han constituido la formación continua ofertada, de la cual se han beneficiado una amplia mayoría de los profesionales que intervienen en el abordaje terapéutico de las adicciones en los diferentes recursos asistenciales existentes. Dichos recursos sobre los que desarrollamos la investigación están integrados en la red pública y aquellos que participaron en nuestra muestra

objeto de estudio son perfectamente representativos de la totalidad existente por toda la geografía andaluza.

Hemos puesto de manifiesto a través del desarrollo del presente trabajo de investigación que las adicciones, con o sin sustancias, han sido ampliamente estudiadas y abordadas en la literatura científico-sanitaria. De igual forma, podemos indicar que se han diseñado numerosas estrategias de intervención tanto a nivel estatal, autonómico y local. Pero dicho esto, debemos resaltar que dichas intervenciones se han llevado a cabo desde una visión médico-farmacológica-toxicológica y desde una “perspectiva dominante” enmarcada dentro del campo de la psicología. Por tanto, desde planos meramente sanitarios y psicológicos, o dicho de una forma más en la línea académica actual, dentro del campo de intervención propio de las ciencias de la salud.

Podremos por ello manifestar que los planos educativos han quedado muy relegados a una segunda línea, limitados a meras actuaciones concretas y puntuales, destinadas a la consecución y obtención de unas competencias por los educandos adictos o no, que podemos denominar “mínimas o básicas”. Dichas competencias irán orientadas, en el caso de los educandos adictos, a lograr una potencial y difícil incorporación al mercado laboral, tras el abordaje terapéutico tradicionalmente realizado en función de un programa de intervención general, para la consecución de la modificación conductual, junto con actuaciones destinadas a la normalización de actitudes y comportamientos que podemos denominar como “elementales” en la normal convivencia comunitaria.

Nos referiremos por tanto al hecho que los programas de intervención terapéutica desarrollados van orientados a la adquisición de competencias por parte de los residentes de los recursos asistenciales. Competencias que deben favorecer los procesos de inclusión, recordando lo analizado en el capítulo 2, como son las correspondientes a potenciar la autonomía e iniciativa personal, la competencia de aprender a aprender, y por que no referirnos también a la adquisición de la competencia en comunicación lingüística,

facilitadora de la comunicación social, de la palabra. Competencias como puerta de entrada al debate, a la confrontación, a la valoración crítica de ideas como “elemento de cambio”, pero también, ocupando un lugar destacado debemos de referirnos a la competencia social y ciudadana, aunque sin lugar a dudas, no con el mismo ímpetu con el que se lleva a cabo en la educación formal.

Serán esta competencia social y ciudadana la que precisa ser contemplada con mayor interés por los profesionales, será la que bajo nuestra perspectiva habrá que abordar aún en mayor medida y por ende, esta competencia social y ciudadana debe definir la dimensión ética del “currículo oculto” existente en las intervenciones con los usuarios pero sin lugar a dudas también del currículo que subyace en los procesos formativos de los profesionales.

Serían las anteriores actuaciones citadas las integrantes en el programa de intervención específico a desarrollar. Constituirían por tanto las acciones ejecutadas dentro del área educativa –ocupacional y de incorporación social, que están reflejadas en la normativa vigente, ante las cuales los profesionales deben de estar en disposición de la formación adecuada.

Formaran parte de los objetivos específicos a desarrollar con los usuarios-educandos acciones orientadas a facilitar la formación a nivel ocupacional y pre-laboral, junto con actuaciones de orientación a nivel socio-laboral para la promoción de inserciones. Los profesionales deberán hacer uso de procesos de coordinación con otros recursos, así como los procesos de orientación en torno a las circunstancias penales, administrativas, económicas que acompañan al paciente- usuario-educando, fomentando la resolución eficaz de las mismas.

Acciones formativas, como la dirigida a la consecución de competencias que le faciliten la incorporación laboral de los adictos a través de la realización de cursos de Formación Profesional Ocupacional, así como mediante talleres de formación educativa y talleres ocupaciones diversificados, tendrán sin duda

una trascendental importancia en el proceso terapéutico. Y aunque no son el objeto del estudio descriptivo que hemos planteado, no dejan de tener la relevancia correspondiente.

El planteamiento, hasta ahora expuesto, viene motivado por el hecho que todo el proceso formativo que se ponga a disposición de los profesionales, de los agentes educadores, debería verse posteriormente reflejado en las acciones (educativas) realizadas. Dichas acciones serán desarrolladas mediante la interacción constante entre educadores y educandos, entre profesionales y adictos. Por ello, deben ser acciones favorecedoras de procesos inclusivos sociales. Ese debe ser su principal objetivo a nuestro entender. La inclusión social del adicto como elemento transversal que recorre todas las áreas de intervención terapéutica, siguiendo por tanto la misma línea ideológica de transversalidad que se asignó a la reducción del daño en el II Plan Andalúz sobre Drogas y Adicciones. Transversalidad, tanto para todas las acciones realizadas, como en todos los recursos considerados. Pero, educador y educando, profesional y adicto, no interactúan puntual y ocasionalmente, sino que entre ellos se genera una dinámica constante y continua, de confrontación y cambio, de enseñanza y aprendizaje mutuo, que constituye un flujo permanente entre los “actores implicados” y que promueve situaciones nuevas, situaciones “para el cambio”.

Ante lo expuesto, no deben quedarse en meras acciones puntuales, tal y como hoy se llevan a cabo en el desarrollo de los planes de formación (ver capítulo 3). En este sentido, podemos concluir en que los citados procesos se pueden enmarcar dentro de una visión más próxima al concepto de formación continua. Sin embargo, estas acciones adolecen de una visión coincidente con el verdadero espíritu de la educación permanente, educación a lo largo de toda la vida. Bajo nuestra particular visión, es esta educación permanente la necesidad primordial que presentaran los profesionales para su capacitación competencial ante un fenómeno caracterizado por su dinamismo y “plasticidad social”.

Recordaremos, brevemente, lo planteado en ese apartado:

El año 2000 es el correspondiente al inicio del desarrollo de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), que se verá continuada tras su correspondiente evaluación por una nueva Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) . Dentro del primer intervalo temporal estatal establecido, a su vez tiene lugar la aparición del que es el plan de acción vigente en Andalucía, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007) y es dentro del segundo periodo nacional establecido, coincidiendo con la evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y la aparición de la Estrategia Nacional 2009-2016, cuando nos encontraremos con la aprobación del I Plan Comarcal sobre drogas del Campo de Gibraltar.

Es lógico, deseable y sería óptimo que los objetivos, las estrategias, las acciones concretas recogidas en los documentos normativos nacionales tuviesen su reflejo en los autonómicos y finalmente, en el ámbito comarcal, el de mayor cercanía ciudadana, se articulase todo lo conseguido y se reflejase todo lo pendiente de conseguir de ambas estrategias nacionales en relación a la formación de los profesionales, objeto de nuestra investigación.

Si bien podemos indicar que la Estrategia Nacional, que culminó en el año 2008, ha tenido una continuidad en el tiempo mediante la aprobación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, tal y como ya hemos expuesto y encontrándonos aún inmersos en su desarrollo, por el contrario, debemos resaltar que no ha existido aún, año 2013, continuidad del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, mediante una esperada nueva redacción, que diese continuidad al conjunto de estrategias desarrolladas hasta el momento y avanzara aún más en esa línea ideológica y en sus principios éticos planteados como punto de partida de este trabajo y como una de las mejores aportaciones realizadas desde instancias públicas a la concepción “social” de las adicciones.

Por último y en relación al I Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar, nos atreveríamos a decir que, realmente ha sido más el reflejo de una insuficiente iniciativa política, plasmada en un documento administrativo, que una realidad normativa “viva”, tanto en el campo preventivo como asistencial. Dicha manifestación vendrá justificada en el hecho de no haber contado

prácticamente con acciones que dejen constancia de su ejecución y desarrollo, estando actualmente en una situación que podríamos definir como “estática” frente a la “dinámica” del fenómeno adictivo, una norma “latente” frente a nuevos adictos y nuevas manifestaciones de las adicciones.

Por tanto, tras el recorrido por las Estrategias Nacionales, los planes de acción que desarrollaron dichas estrategias, los planes de rango autonómicos y los planes locales o más concretamente el Plan Comarcal considerado, todos ellos ya descritos (véase capítulo 3), podemos concluir que una clara evidencia es el gran avance producido en el campo formativo, pero dentro del área de la prevención, tanto para profesionales integrados en el sistema educativo formal, como también para los propios educandos.

Por el contrario, las acciones formativas decrecen considerablemente si nos referimos a las ejecutadas en el seno de “espacios de abordaje e intervención educativamente no formales”, intervenciones con pacientes/ educandos adictos, en el seno de los recursos asistenciales. Prima, por tanto, centrar los recursos formativos, que no difieren de ser en último término recursos humanos y económicos, por un lado en el área preventiva del consumo, de la adicción, y paralelamente, en el marco de la educación formal. Frente a ello tendremos empleo de recursos dirigidos a la formación para profesionales que interactúan en el marco educativo no formal, la cual en este amplio recorrido realizado supone un esfuerzo notablemente inferior.

Podemos afirmar que existe un claro interés de todas las administraciones públicas, manifestado en la planificación de objetivos y estrategias, por resaltar la importancia dada a la formación preventiva frente a la formación de los profesionales en el campo asistencial.

Dicho interés vendría motivado, bajo nuestro parecer, por la trascendencia social y la amplitud de “escenarios de intervención”, escolar y comunitario, donde proyectar dichos esfuerzos formativos en el campo preventivo, añadiendo un nuevo componente que acompaña a estas acciones

preventivas, el puramente economicista, vinculado a las esferas políticas, que son las últimas responsables del diseño normativo.

Así su repercusión “en clave electoral”, que sin restar importancia a la acción social, evaluable a más largo plazo, hace que claramente esté influenciada la planificación formativa por los planteamientos ideológicos en cada momento del legislador, por la línea ética del propio poder político, junto a las razones de oportunidad.

Por el contrario, parece que establecer las líneas que rijan la formación de profesionales de los recursos asistenciales, teniendo como objetivo final la inclusión comunitaria de los educandos adictos, no es objeto de acciones específicas a nivel estatal.

Se presupone ante la falta de claras acciones formativas, que el educador ya posee “siempre” y en “todo contexto” la formación precisa (debemos de recordar la existencia de comunidades terapéuticas diferenciadas por sexo, o la existencia de recursos para menores adictos, por ejemplo). De igual forma también se presupone que el modelo de intervención se mantiene sin grandes cambios o innovaciones.

En todo caso, las acciones existentes irán encaminadas como hemos visto a intervenciones psicoterapéuticas y/o hacia usos alternativos de principios activos, a los cuales se les intenta proporcionar un nuevo uso, en este caso terapéutico (recuérdese el programa experimental de prescripción diversificadas de opioides, metadona y heroína). Por el contrario, no se aborda una potencial modificación en el contenido “curricular oculto” a trabajar en el seno del recurso, desde los planos de la educación para la ciudadanía y de los valores éticos-cívicos-morales. Dichos contenidos curriculares, si bien se incluyeron dentro del contexto educativo formal durante el periodo temporal y el marco geográfico correspondiente a nuestra investigación, quedan fuera aun, al menos de forma explícita, de la intervención educativa en estos contextos asistenciales, contextos fuera del sistema educativo.



Queremos señalar que, como hemos podido analizar en el marco normativo, todo lo relativo a la regulación de las adicciones se enmarca dentro de las áreas de la salud y de política social. Es indiferente que nos refiramos al adecuado o no encaje en un área u otra. Quieren incidir y lo dejan manifiestamente claro en la diferencia en el desarrollo de la intervención terapéutica en el contexto personas con necesidades educativas especiales, en el contexto de la educación inclusiva, que ha ido evolucionando desde una perspectiva de intervención sanitaria a una intervención psicopedagógica, y por tanto plenamente encuadrada en el campo de la Educación.

En el caso particular de las adicciones, éstas se encuadraron en nuestro país, siguiendo las tendencias “socialmente” más conservadoras, dentro del área de gestión del propio Ministerio del Interior, donde históricamente estuvo el órgano de coordinación nacional de políticas de drogas. De esta forma se potenció la intervención desde los planos relacionados con la lucha contra el narcotráfico, como los referidos a la oferta y demanda de sustancias, todo ello ya quedó reflejado en las Estrategias Nacionales evaluadas, tal y como ya expusimos.

Ante esta situación, mantenida y sostenida en el tiempo, las intervenciones desarrolladas en los diferentes recursos asistenciales residenciales se asemejaban, en mayor medida, a las llevadas a cabo en contextos de privación de libertad, como son los programas asistenciales ejecutados en centros penitenciarios. Se pretendía lograr mediante la intervención del profesional un proceso de socialización y normalización psicofísica, relacionado incluso en mayor medida con actuaciones en la esfera de la seguridad ciudadana, frente a potenciales intervenciones socio-educativas efectuadas en un contexto comunitario. Para refrendar esa particular manifestación realizada sería suficiente, a nuestro entender, evaluar los resultados terapéuticos de los reclusos adictos, que tras abandonar los centros penitenciarios, deberían mantener no sólo su abstinencia en el consumo, su ausencia de conducta adictiva sino que junto a ello deberían disponer de las competencias adecuadas para lograr una inclusión efectiva en la comunidad civil, en el contexto social donde se desenvolverían habitualmente.

Posteriormente el órgano estatal coordinador de las políticas de drogas pasó estructural y funcionalmente a depender del Ministerio de Sanidad. Poco más cabe señalar al respecto, salvo que hay una manifiesta tendencia a vincular las adicciones con las políticas de gestión de salud, otorgándole subliminalmente por dicha asociación un nivel máximo de prioridad a las intervenciones dentro de dicho campo, las cuales se verán reflejadas en las acciones formativas planificadas para los profesionales frente a otros aspectos vinculados más al campo educativo.

Cabe aquí recordar que en distintas comunidades autónomas, como por ejemplo la propia Comunidad Autónoma de Madrid, mantiene aún la denominación de Agencia Antidroga, para designar al órgano coordinador e impulsor de políticas de drogas. Una denominación que podemos decir refuerza aún más el carácter de “conflictividad” que lleva la propia concepción de las drogas. El concepto “antidroga”, no como erradicación del problema, sino como “refuerzo” de todos los aspectos negativos inherentes a dicha adicción y que son percibidos por la comunidad, potenciándolo la asociación entre adicción y aspectos delictivos, frente a los cuales se exige y se realiza una intervención de la comunidad sobre el adicto. Pero dicha intervención efectuada quizás no profundice en sus aspectos “más educativos”.

De igual forma existen otros planteamientos, tradicionalmente más progresistas en el marco político de las intervenciones en materia de adicciones. Podríamos decir que en esta línea se englobarían las acciones realizadas por la Comunidad Andaluza. En ella el encuadre de las adicciones es totalmente en el campo de lo social desde sus orígenes, si bien al analizar las intervenciones en sí mismas, vemos que no se desprenden tampoco del plano sanitario. Podemos por tanto plantearnos qué ha aportado el campo educativo al marco de intervención en adicciones, cuál ha sido el papel de la educación en las intervenciones, qué experiencias y qué acciones de interés desarrolladas en el marco educativo formal se han planteado trasladar los profesionales al campo educativo no formal, y ante todo esto, cuestionarnos si ha sido adecuada o no la formación ofertada a dichos profesionales para estos objetivos.

En las distintas comunidades autónomas, en el estado español, se sigue encuadrando el trabajo profesional en adicciones bien dentro del área de la salud, bien dentro del área social, pero nunca se realiza un esfuerzo especial, para que las políticas educativas tengan un peso específico en el tratamiento de las adicciones. Por el contrario, si tienen dicho valor específico los aspectos educativos al abordar los contenidos preventivos de las adicciones, tal y como hemos visto a lo largo de la investigación (ver capítulo 2), concretamente al revisar la evaluación de las distintas estrategias nacionales.

**Creemos, a modo de conclusión, que sería conveniente abordar un nuevo reto, cual sería proceder a analizar las adicciones como un problema educativo desde sus inicios, preventivamente hablando, pero a la vez, como un problema educativo cuando ya el propio proceso patológico está “consolidado” en el individuo.**

Desde esta perspectiva, situaríamos las intervenciones sanitarias y psicológicas al mismo nivel que el otorgado a las intervenciones educativas. Potenciaríamos por tanto la **transversalidad** de las políticas de reducción del daño, mediante los procesos educativos, incluso en estos recursos asistenciales que, tradicionalmente, se diferenciaban por su alto nivel de exigencia. Tendríamos como punto de partida la premisa reflejada en la norma andaluza, formulada bajo la consideración del drogodependiente como sujeto que presenta una patología crónica con frecuentes recaídas dentro de un proceso bio-psico-social, al que en este momento queremos añadir, la **connotación educativa** (con notables deficiencias educativas facilitadoras de su inclusión comunitaria).

Ante esta cronicidad manifiesta, debemos por tanto empezar a dejar de pensar en el adicto como “sujeto enfermo” con necesidades de intervenciones encuadradas en el campo exclusivamente de las ciencias de la salud (donde incluimos la psicología) y abandonar también su consideración como “sujetos enfermos”, que debemos de “aislar socialmente” en espacios concretos, en los que no existiendo privación de libertad individual, dicha libertad sí se encuentra “verdaderamente limitada”. Y todo ello orientado a no buscar en exclusividad

una abstinencia del consumo, que ya presumimos de antemano que ésta será variable pero limitada en el tiempo, ni para reducir así el potencial daño comunitario, sino para lograr mejorar simplemente la calidad de **vida de personas** que la experiencia nos demuestra tienen grandes dificultades en el abandono de su conducta adictiva pero que no por ello dejaran de ser ciudadanos.

Nos referimos por tanto al hecho de “abordar” las adicciones desde una **perspectiva** más integradora, más **inclusiva** en el entorno real de convivencia y no en “escenarios terapéuticos ficticios”, que en nada se asemejarán a la realidad posterior que encontrarán. Desde esta visión, no habría que centrarse en considerar la situación actual de consumo o abstinencia del individuo, sino su capacidad de aprendizaje de las competencias adquiridas dentro del marco social y ciudadano. Así, de igual forma que hemos apreciado el intento de incorporar en el currículo correspondiente dichas competencias en los educandos del sistema formal, no es comprensible que estos sujetos adictos, educandos sin lugar a dudas se encuentren fuera de dicho proceso de implantación curricular. Sí el principio de igualdad de los ciudadanos es un derecho fundamental constitucionalmente amparado, podríamos plantearnos si no se ha diferenciado de forma desigual a los ciudadanos en la adquisición de estas competencias sociales y ciudadanas y ello motivado a la presencia de la adicción como factor limitante.

Derechos fundamentales como el de sufragio activo permanecen en los pacientes con adicciones, derecho fundamental éste en una sociedad democrática para continuar participado en ella. Pero ¿hemos preparado a los sujetos drogodependientes a hacer un uso adecuado de sus derechos y deberes? O por el contrario, sólo nos preocupamos de “regularizar” su presencia en la comunidad. Podemos afirmar con rotundidad que se ha trabajado en esta segunda opción y de igual forma también podemos indicar que no se ha profundizado suficientemente, bajo nuestra perspectiva, en procesos formativos dirigidos a los profesionales que favoreciesen cambios en las ya tradicionales intervenciones dentro del área educativa-ocupacional.

Las intervenciones formativas en este ámbito asistencial, tal y como nos indica la revisión documental realizada (ver capítulo 3), vienen orientadas a centrar más sus esfuerzos en procesos que capaciten al educando a su incorporación al mercado de trabajo más que a dotarlos de competencias y recursos que los hagan capaces de ejercer una ciudadanía activa y responsable, y que consecuentemente también los haga lograr inserciones laborales sin ser el eje fundamental del trabajo educativo con el adicto. Dejamos también constancia en estas conclusiones cómo no se ven potenciadas acciones formativas en los profesionales que, posteriormente, faciliten a los usuarios ser conocedores de sus derechos y deberes y capaces de contribuir a **“ofrecer alternativas o cauces diferentes en el abordaje”** de las propias adicciones, desde la propia experiencia vivida, en suma, a participar en la intervención en un proceso **“retroalimentación educativa”**.

Otro punto que queremos destacar, derivado de las revisiones realizadas y en referencia al marco de intervención terapéutico, será que estas acciones se desarrollan mayoritariamente dentro de “espacios cerrados de convivencia”, en las comunidades terapéuticas. A pesar de constituir el recurso asistencial más semejante a los recursos tradicionalmente existentes para abordar intervenciones educativas con sujetos con necesidades educativas diferenciadas, como ocurrió en la discapacidad intelectual, aún siguen siendo lugares mayoritariamente aislados, en la “totalidad y amplitud” del término, alejados de la propia realidad comunitaria, fuera por tanto de una concepción del mundo real globalizado, buscando generar “citaciones de cambio” en entornos que distan mucho de ser reflejos de la realidad comunitaria.

Partiendo de la consideración que un adicto no es más que un caso particular de ciudadano, que mayoritariamente se presentan como **grupo social con necesidades educativas especiales** y diferenciadas, y al tener que realizarse dicha intervención educativa fuera del sistema reglado, en el marco por tanto de la educación no formal y al participar de ella una multiplicidad de profesionales, debemos de plantearnos si todos ellos disponen de una adecuada formación pedagógica, y de unas competencias adecuadas a la actividad a desarrollar en los planos educativos.

Ya nos hemos referido con anterioridad a que aún, a pesar del tiempo transcurrido, las estrategias formuladas, los objetivos perseguidos y los recursos empleados se sigue manteniendo básicamente un modelo de intervención discutible en los resultados, que en vez de integrarse en el seno de la comunidad, donde se genera la conducta adictiva, se aleja de ella sustrayendo al individuo de su realidad social inmediata, para luego intentar “devolverlo” a dicha realidad, la cual queda quizás bastante alejada de la que ha empleado como atmosfera terapéutica. Dista mucho por tanto la **comunidad terapéutica** como espacio educativo del **modelo integrador** de la escuela actual. Todas las posibilidades de interacción que permite la escuela de hoy, siguen sin estar presentes en la comunidad terapéutica como modelo educativo.

Creemos necesario destacar tras la revisión efectuada, al valorar la evolución de las intervenciones con adictos y familias, que dichas intervenciones dentro del entorno familiar constituyen un proceso educativo inexistente, dado que cada una de las familias, que desarrollan en su seno este tipo de problemática social, no son atendidas en el campo educativo de forma específica, sino que recorrerán un periplo de atención e intervención en otros campos, como lo son el sanitario y el psicológico. Queda, por tanto al margen una verdadera **atención pedagógica en el seno de la familia**, que nutra a esta “micro- sociedad” de instrumentos, de principios y de valores, que los haga desarrollarse de manera enriquecedora y mejore así, la atención a cada uno de los miembros que la forman, evitando con ello, desarrollar una cronicidad del problema dentro de la propia unidad familiar.

De ahí la importancia que le damos a que el proceso de formación permanente de los profesionales utilice como ejes la educación en valores y la educación para la ciudadanía. Mantenemos así abierta “una línea utópica de trabajo terapéutico”, donde el resultado no viene marcado por sentirnos satisfechos ante una simple solución temporal del conflicto adictivo (del consumo), ni ante una más que insegura solución temporal del problema laboral, sino que, intentamos encuadrar a todos los sujetos incluidos en el “conflicto familiar adictivo” para que, a través de mecanismos de enseñanza-

aprendizaje de valores y derechos y deberes cívicos, construyan una micro-sociedad, más justa, más democrática, mas socializadora, más inclusiva.

Sorprendentemente, existen mayores avances, al menos en las posibilidades de los recursos que ofertan otras instituciones “cerradas”, en donde el adicto, además de su proceso patológico-social, también se verá privado de libertad, como ocurre en las propias instituciones penitenciarias. En ellas estos “diferenciados” educandos pueden presentar, ante los sujetos “convencionales” integrantes de la sociedad general, sensaciones de tratarse de individuos peligrosos, de individuos conflictivos, de infractores, sencillamente de delincuentes. Frente a ello, la sociedad civil, fue y es capaz de proporcionarles a las personas adictas un abanico de recursos más amplio que los que se posibilita a los mismos individuos en caso de no estar privados de libertad, sencillamente por el propio valor medio de la duración temporal del tratamiento, enormemente limitado, en su duración, fuera del medio penitenciario. Es un reflejo que apunta a considerar si los esfuerzos que se realizan en recursos fuera de la realidad comunitaria se considerasen más adecuados para estos educandos adictos, quizás por el perfil de delincuencia que los acompaña. Por ello, no dudamos en seguir dotando de nuevas posibilidades terapéuticas para adictos privados de libertad en cumplimiento de la finalidad socializadora del medio penitenciario, pero por el contrario no debemos de resistirnos a ofertar innovaciones educativas integradoras y normalizadoras para dichos sujetos cuando no se encuentran privados de esa libertad.

La formación de los profesionales, tal y como se refleja en la revisión documental efectuada, se verá potenciada en actuaciones orientadas al cambio conductual del adicto, acompañadas de un soporte formativo farmacológico y con pocas e irrelevantes acciones educativas-formativas, que a su vez tengan persistencia en la vida del educando. Dicho recorrido formativo realizado nos viene a situar en un plano secundario a los procesos propiamente educativos-formativos, como si “esperásemos profesionalmente” que, en el recorrido vital del individuo, antes o después, se atendiesen dichas necesidades educativas,

pero desde una “perspectiva de ejecución” acompañada de privación de libertad.

En cuanto al contenido curricular presente en las acciones formativas, revisadas y que ahora procedemos a valorar, y contextualizado en la red asistencial andaluza, podemos afirmar que en las dirigidas a los profesionales, en un periodo temporal de cinco años (2002-2007), los campos educativos no cobran un valor relevante. No se ha apreciado la existencia de **formación específica en valores** para los distintos profesionales de la red andaluza y aún menos en aspectos o contenidos relacionados con los presentes en **educación para la ciudadanía**.

Las grandes líneas formativas, en el contexto autonómico, que fueron expuestas en el Capítulo 2 y Capítulo 3, nos indican que los esfuerzos de estos años se han centrado en la introducción de la perspectiva de género, en garantizar los niveles de calidad óptimos en la prestación de los servicios, junto con aspectos puramente vinculados al área administrativa y financiera, los cuales entendemos que en poco o en nada va a redundar en la solución del conflicto adictivo.

Por el contrario, se han potenciado las intervenciones educativas que posibilitan a los usuarios volver a la educación reglada mediante convenios del conjunto de centros de la red asistencial con los centros de adultos pertenecientes a la Consejería de Educación. Todo lo expuesto ha supuesto materializar una necesaria intervención formativa sobre los profesionales de los centros de adultos, los cuales en su actividad diaria estarán relacionados con usuarios de las comunidades terapéuticas.

En esta circunstancia planteada, también creemos necesario profundizar en la propia validez de estos procesos educativos, básicamente en aquellas circunstancias en las que no sean ejecutados en el entorno del propio centro de adultos. Bajo nuestra particular visión los procesos educativos deberán realizarse mediante un proceso de incorporación del adicto en una realidad educativa que los hace iguales a los otros educandos, al trabajar en un mismo



entorno, a pesar de su peculiaridad adictiva. El esfuerzo contrario, el consistente en trasladar la educación de adultos “al interior” de una comunidad terapéutica, sin “sumergirse” el paciente en la comunidad educativa global, constituiría sólo un intento de adaptación curricular y social que posiblemente conducirá a un fracaso educativo y terapéutico.

Podríamos preguntarnos en estas conclusiones por qué no se han analizado las acciones formativas en otros recursos asistenciales, como serían los centros de tratamiento ambulatorio y/o los centros de encuentro y acogida, y ver así si existen diferencias entre las acciones formativas desarrolladas como diferentes son los niveles de exigencias requeridos en su acceso y utilización y diferentes son las dinámicas de funcionamiento de dichos recursos asistenciales. La respuesta negativa sería sencilla de entender y vendría motivada por el hecho que la propia administración autonómica aún no ha sido capaz de unificar criterios para lograr una única dirección gestora de todos los recursos en campo de las adicciones sobre los que tiene competencia estatutariamente asignada. Si múltiple es la gestión de los recursos, múltiples y variados serán los criterios para decidir cual debe ser la formación que los profesionales precisan.

Vista la continuidad en la percepción social de las drogas como un problema vigente en nuestra sociedad (Véase el capítulo Introducción) donde reflejamos los resultados del barómetro de octubre 2012 del Centro de Investigaciones Sociológicas), creemos necesario **realizar un estudio de necesidades en los profesionales** que trabajan en los recursos asistenciales. Dicho estudio de necesidades debe versar sobre la importancia o no que dichos profesionales otorgan a la educación como factor de cambio, visualizando si existen contenidos curriculares en valores y educación para la ciudadanía, y en base a dichos resultados, proponer un nuevo modelo de intervención, que bajo estos pilares module procesos de transformación individual y comunitarios, tanto en el sujeto adicto como en la familia, favoreciendo el desarrollo de acciones educativas que mejoren las relaciones parentales y la participación en el seno de la comunidad, sin maximizar la existencia o no de la continuidad de un proceso adictivo en sus ciudadanos.

Esto supondría desprenderse, por tanto, de una concepción criminalista o delictiva y abordando la adicción en la sociedad desde una perspectiva educativa. Pero esto ya sería objeto de la posible continuidad de este estudio. Hasta aquí simplemente ha sido una revisión valorada, desde los ejes establecidos por la norma estatal y autonómica, hasta las acciones más concretas que fueron ejecutadas sobre los profesionales de forma concreta.

## **7.2. CONCLUSIONES SOBRE EL DISEÑO, APLICACIÓN Y RESULTADOS DE LA HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN**

Al diseñar la herramienta de nuestra concreta investigación establecimos una serie de cuestiones tanto para el caso de los profesionales como en el caso de los usuarios. Recordando lo ya expuesto en el capítulo 6, dichas cuestiones pueden ser agrupadas en tres grandes bloques para ambos cuestionarios diseñados.

En el caso del cuestionario elaborado para profesionales, nos encontramos con un primer bloque de ítems que agrupó a las preguntas comprendidas entre la primera a la décimosegunda. Mediante las respuestas ofrecidas a dichas cuestiones, podemos visualizar el perfil del profesional en cuestión, incidiendo en su edad, sexo, nivel académico, puesto que ocupa laboralmente en el recurso asistencial, antigüedad, experiencia en el sector y nivel de satisfacción junto a inquietudes profesionales existentes en ellos.

En el segundo de los bloques establecidos, el cual vendría delimitado desde la pregunta décimotercera a la vigésima, nos encontraríamos con las cuestiones relativas a la formación inicial y permanente que dichos profesionales disponen en el momento de la investigación.

Para finalizar, recordamos el tercer bloque del cuestionario, que comprendería desde la cuestión vigésimo primera a la trigésimo octava y en el que nos encontraremos con un conjunto de preguntas que nos aportan una visión sobre la valoración que de la propia educación en valores y educación para la ciudadanía disponen los profesionales, atendiendo a los parámetros valorados.

Ítems entre los que destacamos la percepción de validez y suficiencia de contenidos en dichas materias, el tiempo empleado para abordar dichos contenidos durante las intervenciones realizadas con usuarios y, por último, la importancia terapéutica, individual y comunitaria, asignada a dichos contenidos formativos en estos recursos. Planteamos tal y como ya hemos referido anteriormente, una comparación entre la importancia asignada a estos aspectos valorados en el marco de la educación no formal frente a la dada a ellos en el marco de la educación formal en estos últimos años.

Esbozado brevemente el diseño de la herramienta para los profesionales, procedemos en el caso de los educandos/usuarios adictos, agrupando igualmente las conclusiones obtenidas en base los diferentes bloques de ítems formulados. Tendremos por tanto, en el caso de los usuarios, un primer bloque en el que reflejamos el perfil del individuo, su antigüedad en el consumo, número de ingresos y recaídas, problemas jurídicos-legales asociados y recursos asistenciales de los que hace uso, definiendo sus preferencias sobre los mismos. Corresponderá a las cuestiones formuladas de la pregunta primera a la décimoprimeras.

Así mismo, en un segundo bloque de cuestiones se reflejó el nivel de participación en las actividades educativas desarrolladas y la valoración de las mismas. Intenta este conjunto de preguntas dilucidar sobre la validez de las actividades contempladas en el programa de intervención, sobre la finalidad de las mismas y la potencial incorporación al mercado laboral del usuario. Se encuadraron en esta segunda sección las preguntas comprendidas desde la décimosegunda a la pregunta vigésimotercera.

Por último, tendremos un tercer bloque de cuestiones planteadas a los usuarios y relativas a contenidos específicos en valores y ciudadanía. Dichos contenidos deberían de ser adquiridos bajo el “modelo pedagógico” desarrollado en el recurso residencial asistencial, si es que realmente existiese ese modelo educativo en cuestión. Comprendería desde la cuestión vigésimo cuarta a la trigésimo octava.

Procederemos en ambos casos a comparar los resultados obtenidos en este final del recorrido investigador, año 2011, con los que podemos extraer del “Informe Especial al Parlamento de Andalucía del Defensor del Pueblo Andaluz” (correspondiente al año 2002; inicio del II Plan Andaluz, 2002-2007 ), el cual nos indicará la situación de partida de los propios profesionales y de los usuarios en cuestión, frente a los resultados y las conclusiones de nuestra investigación concreta.

De igual forma que reflejaremos las conclusiones obtenidas que en el obtenidas en el informe publicado por Comas (2006) denominado “Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional”, al poder ser considerado como un valioso documento sobre la situación de las comunidades terapéuticas en España, en un momento inmediatamente posterior a la declaración del año 2005 como Año Europeo de la Ciudadanía, y ver si en algún momento las competencias social y ciudadana están claramente presentes en las intervenciones terapéuticas realizadas.

Por último, indicaremos la correlación entre los resultados que obtenemos en nuestras herramientas de investigación, en nuestro trabajo de campo, frente a las consideraciones y conclusiones establecidas en la ponencia elaborada por la Comisión mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las Drogas del año 2011, momento de cierre del presente estudio de investigación y que marcaran las líneas de intervención a seguir.

Procederemos a continuación a sistematizar, brevemente los resultados obtenidos

### **7.2.1. Conclusiones elaboradas para Profesionales.**

-El 94.44% de los profesionales tienen edades comprendidas entre los 30 y los 50 años.

-En el conjunto de profesionales el 52.8% son del sexo masculino frente al 47.2% que pertenecen al sexo femenino.

-El grupo de profesionales socio-sanitario suponen el 52.8% frente al 47.2% que representa el resto de profesionales existentes.

-Es evidente la carencia de profesionales de la educación, profesionales que provengan del campo de la pedagogía social o de la educación social.

-El 52.77% de los profesionales se encuadran dentro del campo de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales.

- Los profesionales de la educación, en puridad, sólo suponen el 8.3% sobre el total.

-El 52.77% son trabajadores altamente cualificados frente aun 47.23 % que no lo son.

-Considerando el total de encuestados, el 88.88% disponen de una antigüedad en el actual puesto laboral superior a 3 años.

-El 86.11% del personal se encuentran dentro de los parámetros habituales de jornada laboral en cuanto a la duración de la misma.

-Presentan un exceso de jornada tan sólo el 5.55% de la totalidad y coinciden con el personal directivo.

-El 8.33% de los profesionales tienen una relación laboral por un periodo inferior a las 35 horas semanales, correspondiéndose a contrataciones a tiempo parcial.

-Al referirnos a la experiencia laboral el 91.66% disponían de más de 3 años de trabajo en el sector.

-El 55.5% de los encuestados poseían una experiencia laboral superior a 3 años en puesto igual al que ahora desempeñan.

-Abordando el nivel de satisfacción diremos que, el 94.43% de los profesionales manifiesta sentirse gratificado en el desarrollo de su actividad profesional, frente al descontento plasmado por un 5.57% de los encuestados. Las respuestas emitidas indicaron que el campo de las adicciones genera el mayor valor porcentual en relación a la generación de inquietudes profesionales.

-Los servicios educativos captaron el 13 % de las respuestas asociadas a constituir el área de actividad en la que los profesionales centraran primordialmente sus inquietudes laborales.

-Predomina la inquietud profesional y con ella la formativa en el sector de actividad laboral donde el profesional ejerce en la actualidad, frente a la incertidumbre que genera cualquier cambio de sector de actividad.

-Un 36.11% de los profesionales cambiaría de sector de actuación laboral frente al 63.88% que se manifiesta satisfecho y reticente al cambio.

-Los resultados obtenidos en los profesionales refuerzan el carácter de “compromiso social” vinculado al trabajo en adicciones que en las cuestiones abiertas de la herramienta de investigación la mayoría de los entrevistados plasman, y que vienen apoyadas por su paso, en numerosas ocasiones, por el movimiento asociativo.

-Al referirnos a la formación inicial previa en adicciones el 61.11% de los profesionales ya disponían de ella frente a un 38.88%.

-El 97.22% de los encuestados indicaron que interactuaban directamente con los usuarios de los servicios asistenciales analizados casi en la totalidad de la jornada laboral desarrollada, frente a un 2.77% que no lo hacía.

-Valorando la existencia de un contenido educativo significativo el 66,7% de los profesionales indicaron su existencia.

-Un 30,6% planteó que la acción educativa, en su quehacer diario, se circunscribía a actuaciones puntuales. Mientras que el 2.8% que indicó que su acción profesional no se vinculaba a aspectos educativos.

-Al considerar los campos de intervención que más favorezcan la calidad de vida del usuario el área psicológica supuso el 34.04% de las respuestas dotadas de máximo valor de las totales emitidas. Este hecho puede hacernos avalar la opinión generalizada tendente a establecer que serán los profesionales de la psicología los responsables de la gestión terapéutica de los usuarios, y en ningún caso, como hemos podido comprobar en el desarrollo de la investigación, esta gestión de la historia terapéutica del usuario/paciente recae en ningún profesional que provenga de una formación académica vinculada a la pedagogía, ni a la educación social.

-Las acciones sanitarias fueron consideradas de primera importancia para el 27.6% y las actuaciones en el área social para un 21.7%.

-Las acciones educativas viene avaladas como prioritarias por un conjunto de respuestas que suponen el 17.02% del total.

Concluimos, por tanto, manifestando que la acción educativa ha sido considerada fundamental, a pesar que no se deja de valorar con superioridad notable y en mayor medida que el resto las actuaciones desarrolladas en el área psicológica, potenciándose el papel del psicólogo frente al educador.

Así mismo podemos continuar estableciendo que:

-El interés por la educación en valores y la educación para la ciudadanía o educación cívica suponen un 46.8%.

-Por el contrario, al referirnos a la terapia ocupacional el 61.8% la valoraron como suficiente desde la perspectiva temporal y el 38.2% por el contrario se refirió a ella en términos de insuficiencia.

-Más de la mitad de los encuestados (el 58.3%) reafirman el valor adjudicado a la educación en valores.

-El 48.6% de los profesionales consideró a la educación en valores como suficiente y ampliamente trabajada, entendiendo que se primaba la formación en valores sobre otros aspectos a abordar dentro de la propia área educativa.

-El 41.2% de las respuestas emitidas indicaban que actuaciones realizadas dentro del concepto ciudadanía solo eran consideradas como acciones puntuales en el contexto educativo

-La educación en valores cívicos-ciudadanos fue valorada como insuficiente por un 31.3% frente al 21.9% que se manifestó en sentido contrario.

-El 80.6% de los profesionales indicaron que ven reflejados los contenidos que disponían sobre valores y ciudadanía en su actividad terapéutica con los usuarios-educandos, frente al 19.4% del total de entrevistados que indicó que no existía correlación ni proyección de contenidos.

-En relación con la formación continua en adicciones, el 75% de los profesionales afirman haber recibido formación específica en adicciones.

-Los profesionales plantearon mayoritariamente (87.5%) la conformidad total o parcial con esta formación recibida (adecuación de contenidos).



-La totalidad de los entrevistados no habían recibido en este periodo analizado formación alguna en contenidos correspondientes a los presentes en educación para la ciudadanía, manifestando el carácter insuficiente e inadecuado de la formación en ciudadanía recibida.

-El 11.4 % de los entrevistados manifestaron que si habían recibido en el periodo de vinculación laboral esta formación en valores frente al 88.6% que indicaron no haberla recibido. Así, el 78.3% manifestó su disconformidad con la formación específica recibida al valorarla como inadecuada e insuficiente

-El 85.3% de los encuestados estarían a favor de establecer una necesaria similitud entre los precisos procesos educativos en valores y ciudadanía con los desarrollados en el marco de la educación formal

-Un 94.3% de los profesionales consideraron la importancia de la acción educativa como muy alta o alta frente un 5.8% que la considera, o bien de un nivel medio de importancia o poco relevante

### **7.2.2. Conclusiones elaboradas para Usuarios.**

Al sistematizar los resultados obtenidos en la investigación, diremos que:

-Nos encontramos con adictos cuya edad supera los treinta años en una proporción del 86.58%, frente a una población adicta joven (hasta 30 años) que representa el 13.4%.

- Igualmente, indicaremos que superarían los 40 años de edad un 54.63% de los encuestados.

Por lo que a este aspecto concluimos manifestando que, podemos preveer inicialmente que la población de educandos adictos presenta una

historia adictiva de larga duración, plenamente cronificada, con numerosas recaídas en el tiempo y por tanto, con amplias dificultades personales y sociales para abandonar dicha conducta.

-El 100% de los residentes de las comunidades terapéuticas estudiadas son de sexo masculino, imposibilitándonos por tanto, plantear el estudio desde la perspectiva de género.

-El 53.6% de los encuestados, adictos participantes en la investigación, disponen del nivel educativo obligatorio establecido por ley.

-En relación a la permanencia en la conducta adictiva, podemos manifestar que en el 85.6% de los entrevistados es superior a 3 años.

-Para el 54.6% de los usuarios era su primer ingreso en centro residencial. Por tanto, podemos indicar que se trata de una población adicta madura pero que no ha utilizado previamente el recurso.

-El 46.4% de los usuarios habían presentado entre una y tres recaídas en el periodo temporal de los últimos cinco años.

- Nunca finalizaron el programa terapéutico el 61.9%.

- Y manifestaron un 66% de los usuarios no haber logrado nunca una alta terapéutica.

Así, manifestaremos que a pesar de fluctuar ligeramente las respuestas obtenidas, porcentualmente hablando, podemos decir que lo más significativo es bajo nuestro criterio que, por encima del 50%, incluso del 60% de los entrevistados, manifiestan que ni consiguen alta terapéutica alguna, ni logran finalizar el programa de intervención. Podemos hablar de claro “fracaso terapéutico”.

-El 52.06% de los usuarios indicaron que si habían sido privados de libertad y a la vez, tenían conciencia de la vinculación existente entre privación de libertad y conducta adictiva.

-El 38% de los encuestados manifestaron mayor empatía hacia la figura del psicólogo, frente al 32% favorable a la del educador/monitor.

-El 93.8% indicó que había participado en actividades educativas, siendo valoradas muy positivamente (en un 85% sobre el total de respuestas emitidas) las acciones educativas realizadas en el desarrollo temporal del programa de intervención en comunidad terapéutica.

-En relación a esas acciones educativas realizadas, el 85.3% de las respuestas validas emitidas estimaban que sí eran validas la actividades realizadas, frente al 7.2% que por el contrario indicaron que no eran de utilidad.

-Frente a un 64% de residentes que primaron las intervenciones psicológicas, sólo un 27% de ellos prefirieron valorar al máximo a las acciones educativas.

-El 81.4% de los usuarios afirmaban que dichas actividades educativas tenían como objetivo el crecimiento personal frente al 15.5% que manifestaron estar dirigidas hacia la inserción socio/laboral del educando adicto.

-Al referirnos a inserciones laborales tras el trabajo formativo pre-laboral realizado, el 62.7% de los encuestados indicaron que nunca la consiguieron.

-El 90.7%de los usuarios indicaron conocer el significado, sentido y contenido del término, frente al 6.2% que manifestaron lo contrario.

-El 61.36% preferían el medio rural al medio urbano para el desarrollo del proceso terapéutico. Pretendemos inclusiones comunitarias y continuamos “aislando al adicto” a la comunidad.

-El 75.3% de las respuesta emitidas indicaron que los residentes conocen sus derechos y deberes cívicos y, en base a ellos, manifiestan tener capacidad de participar activamente en el entorno comunitario, frente a un 22.7% que indicó desconocerlos y no participar de ellos.

- A la finalización del programa terapéutico, el 94.8% de las respuestas emitidas por los adictos en tratamiento indicaron poder hacer un uso responsable de sus derechos cívicos-ciudadanos, frente al 5.2% que admitía que ni en esas circunstancias de optima finalización del programa asistencial sería capaz.

- Ante una recaída, el 56% de los residentes manifestaron ser capaces de hacer uso adecuado de sus derechos como ciudadanos frente al 44% que admitían no ser capaces.

-Un 66% de los encuestados priorizaron, en relación a su importancia terapéutica, al trabajo desarrollado en el área psicológica. Viéndose el área educativa en segunda posición con un 39% de apoyos. Se siguen, por tanto, los mismos criterios de valoración que hemos visto a lo largo de toda nuestra investigación.

Una vez sistematizados y analizados los datos de la investigación que hemos considerado más significativos, vamos a caracterizar en el apartado siguiente, las bases normativas, metodológicas y de contenido formativo, que deberían ser tenidas en cuenta a la hora de implementar una acción formativa para los diferentes profesionales de la educación en las comunidades terapéuticas.

### **7.3. CONCLUSIONES Y APORTACIONES A TENER EN CUENTA A LA HORA DE ELABORAR UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN FORMATIVA**

A partir de las conclusiones planteadas y teniendo en consideración el nivel de importancia asignado por los profesionales durante el desarrollo de nuestra investigación, tanto a la educación en valores como a la educación para la ciudadanía, seguidamente plantearemos las posibles líneas que deben guiar una propuesta de intervención educativa a desarrollar potencialmente en las comunidades terapéuticas.

Resaltaremos lo manifestado por los profesionales en relación a la educación para la ciudadanía, tanto a nivel de sus contenidos como a su consideración como instrumento educativo plenamente válido, de la misma forma que plantearemos la necesaria acción educativa a desarrollar con los usuarios para conseguir las competencias adecuadas y, dentro de ellas, potenciar aquellas dimensiones de dichas competencias que sean evaluadas como más deficitarias en la población objeto de estudio.

Para ello, no podemos obviar la realidad normativa en la que se ha encontrado inmersa fundamentalmente la educación para la ciudadanía en los últimos años, dando lugar a verdaderas situaciones de confrontación ideológica-educativas que han determinado la coexistencia de diferentes normas reguladoras al respecto, en el marco de la educación formal y en base a la localización geográfica donde se desarrolle la implantación del currículo en cuestión, como ocurre en el caso de Andalucía.

La propia Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación establecía en su artículo 6.4 que las administraciones educativas establecerían el currículo de las distintas enseñanzas reguladas en la ley dependiendo del nivel educativo que se tratase. De igual forma dejaremos constancia que, a través

del Real Decreto 1190/2012 de 3 de agosto, por el que se modificó el Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre por el que se establecían las enseñanzas mínimas en Educación Primaria, y el Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecían de igual forma para el caso de Educación Secundaria Obligatoria, se planteó una nueva redacción para el área denominada “educación para la ciudadanía y derechos humanos “ en el caso de educación primaria , así como para la materia denominada “educación para la ciudadanía” en educación secundaria obligatoria. No es menos cierto que este conjunto de modificaciones realizadas ha dado lugar a su correspondiente desarrollo normativo a nivel nacional con la aprobación y correspondiente publicación de la Orden Ministerial ECD/7/2013, de 9 de enero, por la que se modificó las correspondientes Ordenes Ministeriales anteriores, Orden ECI/2211/2007 de 12 de julio y la Orden ECI/2220/2007 de 12 de julio, por las que se establecía el currículo y se regulaba respectivamente la ordenación de la educación primaria y la educación secundaria obligatoria.

Siendo ésta la realidad normativa vigente a día de hoy en el Estado Español, podemos preguntarnos qué ha ocurrido en la Comunidad Autónoma en la que hemos realizado nuestra investigación, y concretamente, ver el marco de actuación que el legislador ha posibilitado al educador.

No olvidamos que estas referencias legales, antes citadas, serán las particulares “reglas de juego” establecidas dentro del marco educativo formal, pero de igual forma y tomando el marco educativo formal como referente, podemos plantearnos qué ocurre en relación con aquellas acciones educativas llevadas a cabo en el marco de la educación no formal, la educación fuera de los tradicionales contextos educativos escolares, en relación a los contenidos curriculares en ciudadanía y valores cívicos. Sin duda alguna, no podemos dejar de considerar que, si bien se ha legislado ampliamente en esta área de educación para la ciudadanía, derechos humanos y educación ético-cívica, dicha legislación siempre ha tenido lugar dentro del marco de la educación formal, “abandonando”, podríamos decir, aquellas intervenciones educativas sobre poblaciones o grupos con necesidades especiales, tanto educativas

como sociales, que precisan de un proceso de transformación socio- educativa que les posibilite su participación activa en la vida en comunidad. Y de igual forma diremos que, todo lo manifestado anteriormente es perfectamente extrapolable a las personas que presentan conductas adictivas, por tanto, personas en riesgo de exclusión y que, sin lugar a dudas, no pierden su naturaleza ni su condición ciudadana por presentar y/o mantener dicha conducta.

En la búsqueda permanente de atender esa necesidad real y ante el compromiso europeo de fomentar la ciudadanía responsable en una sociedad democrática como vía para lograr una cohesión social. Por tanto es importante, no sólo que se articulen los mecanismos y las acciones adecuadas para que los educandos tradicionales puedan lograr la consecución de las competencias respectivas, sino que además, es preciso que los profesionales educativos, tanto en el marco de la educación formal como la no formal, dispongan de los conocimientos y las herramientas didácticas adecuadas para poder realizar esta función educativa socializadora.

Abordar la pertenencia a una sociedad, a un determinado marco geográfico, a una comunidad urbana, a un barrio, al tiempo que forman parte de una sociedad global, junto a aspectos como entender las relaciones interpersonales y sociales, la libertad individual, la autonomía, la asunción de responsabilidades, la identidad moral y los hábitos personales y sociales, son y seguirán siendo, independientemente de la confrontación político-educativa, cuestiones abordadas por el concepto global de educación ético-cívico-ciudadana y no dejen de ser aspectos básicos abordados en la actualidad transversalmente en las comunidades terapéuticas. Al menos así debería de ocurrir.

La estandarizada vida “diaria” en una comunidad terapéutica, constituye un aspecto fundamental en la acción socializadora y de normalización cívica del adicto. Dicha socialización y normalización, cuya consecución eran planteadas, entre los objetivos educativos perseguidos, en el programa de

intervención terapéutica de la administración autonómica, no distan de los contenidos que existían antes la modificación normativa, como tras ella.

Así, abordar la convivencia ciudadana, los valores cívicos (el respeto, la tolerancia, la solidaridad, la justicia, la igualdad, entre otros) constituyen una actividad educativa que no dista ni en las formas ni en los contenidos de lo que tradicionalmente se ha venido realizando en las comunidades terapéuticas.

Así, continuando con el diseño de las bases normativas que deben regir una propuesta formativa, diremos que la modificación normativa que regula los contenidos de educación para la ciudadanía, en esta nueva redacción dada en enero de 2013, vuelve a hablar de forma concreta y precisa del **reconocimiento de la singularidad de todo ser humano** y de los distintos caracteres y maneras de ser, así como de la **dignidad de todas las personas**, para finalizar exponiendo su especial consideración particular hacia aquellas que presentan discapacidad.

Nos llama, por tanto, poderosamente la atención que el legislador proporcione un lugar “diferenciado” a estos ciudadanos, en su incuestionable necesidad de protección normativa como ciudadanos de pleno derecho. Por el contrario, a lo largo de la toda la literatura y de la norma educativa, no parece existir especial interés en abordar de manera diferenciada las acciones educativas precisas para entender y no rechazar socialmente a un conjunto de individuos con una patología bio-psico-social, que los excluye de la comunidad global. Una realidad que continúa existiendo y que parece no atraer un excesivo interés, ni desde planos académicos ni cívicos.

Valorar la propia vida humana, considerar las especificidades sociales y morales que evitan la consideración o el tratamiento de la persona como un mero objeto, tiene también a nuestro entender mucho que ver con la dignificación del individuo. Creemos conveniente recordar aquí que en el marco autonómico, en base al II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (ver capítulo 2), la **dignificación del adicto** era un objetivo fundamental sobre el que giraba



todo el conjunto de acciones y propuestas tanto terapéuticas como formativas. Lamentablemente aún no ha visto la luz un sucesor normativo de este II Plan Andaluz, aunque supera ya los seis años de espera la sociedad andaluza. Su evaluación tampoco nos ofrece claridad hacia donde debemos de dirigirnos.

Destacaremos exclusivamente que la evaluación de este II Plan Andaluz, **de corte eminentemente progresista**, incluía en el circuito asistencial a los consumidores adictos fuera del sistema, **apostando por una política de reducción de riesgos y daños como eje transversal**. Es por tanto una manifestación de la **línea inclusiva**, socio-sanitariamente hablando, que guía el desarrollo del Plan en su totalidad.

De igual forma se incluyeron las adicciones comportamentales, adicciones no sujetas al empleo de sustancias, aunque restringidas exclusivamente a las de los juegos de azar, tal y como ya anunciaba la Ley 4/19997. Pero, es preciso destacar una triada de **principios éticos innovadores** que marcan una nueva visión, **una nueva perspectiva en las adicciones**.

Por un lado la asunción como **responsabilidad pública asumida** por la propia administración de la **atención integral de las personas adictas** (por tanto, a nuestro entender, también en el campo educativo y no meramente socio-sanitario, tratándose de una **atención educativa** que debe ser **integral, inclusiva y dentro del marco de lo no formal**).

En un segundo lugar la intención expresa, manifestada por los poderes públicos, de detectar y corregir las causas que conducen a situaciones de adicción (generación por tanto de procesos transformadores), razón por la que creemos fundamental dotar de las **competencias educativas** adecuadas, fundamentalmente de la **competencia Social y Ciudadana**. De igual manera y con el mismo ímpetu que se ha desarrollado en el marco educativo de lo formal, facilitando la modificación y la corrección de aquellos factores

determinantes de las situaciones de exclusión social en esta concreta población con necesidades educativas “también especiales”.

Y en tercer lugar, como principio ético, destacar el **reconocimiento de la dignidad del adicto como resultado de la aplicación del principio constitucional de igualdad de todos los ciudadanos.**

Queda por tanto de manifiesto la gran coherencia que supone el introducir, de una forma clara y explícita, dentro del potencial currículo a desarrollar en los recursos asistenciales para personas adictas, los contenidos que posibiliten la adquisición de las competencias donde contenidos en valores y ciudadanía impulsen la consecución de este **tercer principio ético.**

En relación a lo expuesto en el campo formativo de los profesionales poco o casi nada quedó definido en esta evaluación del II Plan. Se planteó simplemente fomentar reuniones presenciales, encuentros entre profesionales de cada área, recurso o programa, de forma continua en el tiempo.

Con lo expuesto hasta este momento, podemos tener un claro convencimiento sobre qué perseguimos incorporando los contenidos de valores y ciudadanía dentro del oculto currículo que debe existir en toda comunidad terapéutica. Y al respecto diremos que la educación para la ciudadanía ayuda a desarrollar algunos aspectos de ciertas competencias, pero sin ningún género de dudas se relaciona lógicamente con la competencia Social y Ciudadana. Propicia por tanto, la adquisición de habilidades sociales para vivir en el entorno comunitario y para el ejercicio de una ciudadanía activa en el mismo. Favorece el desarrollo individual como personas dignas, el potenciar la autoestima, la capacidad de superación y la adquisición de un espíritu crítico que ayude a la participación en la construcción de proyectos personales de vida. Y ante todo ello, podemos plantearnos si no eran éstos los mismos objetivos que perseguíamos lograr al abordar educativamente las adicciones, e incluso podríamos decir sin lugar a dudas que deben ser éstos los instrumentos educativos adecuados para nuestros profesionales, quienes

una vez los hayan interiorizado, formen parte de su propia identidad para ser y construir una ciudadanía activa global.

**La asunción e interiorización de los valores y de los contenidos adquiridos como propios de la ciudadanía se sustentan en el dialogo como instrumento de cambio.** Y queremos evidenciar que la aceptación de este hecho y su traslación al contexto adictivo, de los recursos asistenciales, es uno de los puntos de partida y constituye a su vez una aportación original de nuestra investigación. Por tanto, he aquí **el valor de la palabra, su conexión nuevamente con el modelo pedagógico de Freire, al planteamiento de la pedagogía en cuanto a comunicación**, al reconocimiento del valor de las palabras como herramienta transformadora, de los signos del lenguaje, de las codificaciones y de las decodificaciones, de la visión real del mundo que la decodificación nos va a permitir en el modelo educativo antes citado.

**Dialogo, debate y participación buscada también entre educadores y educandos, profesionales y adictos**, que favorecerá una aproximación respetuosa a las diferencias sociales, culturales y económicas, favoreciendo una actitud crítica ante ellas pero bajo el prisma de fomentar el ejercicio de la escucha, la exposición y la argumentación, y por tanto **conectando las competencias sociales y ciudadanas con las competencias educativas en comunicación y en el pleno desarrollo de la competencia de aprender a aprender y la de la autonomía e iniciativa personal, aprender a ser.**

La competencia comunicativa, la comunicación de los sentimientos, de las ideas y opiniones, la comunicación emocional, la afectividad en el seno de la comunidad, facilitaran la comprensión sin lugar a dudas del fenómeno de las drogodependencias y de las adicciones comportamentales en general. Todo ello nos lleva a que los propios contenidos de la educación para la ciudadanía nos conectan con el planteamiento pedagógico de Freire, con ese modelo pedagógico que entendemos necesita también invadir el campo socioeducativo de intervención asistencial que constituyen las comunidades terapéuticas y

aportar en ellas su grandeza liberadora a esos “nuevos oprimidos de siempre”, a los excluidos.

La identificación de los deberes ciudadanos y la asunción y el ejercicio de hábitos cívicos dentro del entorno social permitirá reencontrarnos con ciudadanos que en su incorporación a la comunidad contribuyan a la construcción de una sociedad más cohesionada. Participar, tomar decisiones, elegir la forma adecuada de comportarse ante determinadas situaciones, responsabilizándose de las decisiones adoptadas y de las consecuencias derivadas de ellas, son aspectos destacados de las competencias básicas de educación para la ciudadanía, nada distantes ni distintas de los objetivos buscados en el trabajo educativo en dichas comunidades.

Abordar tanto con los profesionales como con los usuarios contenidos como la identidad y la alteridad, los valores de la identidad personal, la libertad y la responsabilidad, a nuestro juicio deben necesariamente formar parte del currículo a abordar en la acción educativa con los usuarios y en los procesos de formación inicial y permanente de los profesionales.

Es en este momento cuando brevemente volver a focalizar la proyección de las conclusiones de nuestra investigación en la Comunidad Autónoma Andaluza, porque en ella se han producido hechos particulares y diferenciadores de la norma general estatal.

Desde el respeto a ambas administraciones, central y autonómica, en sus consideraciones para incluir o excluir ciertos contenidos, diremos que la administración educativa andaluza planteó la elaboración de dos órdenes, ambas de fecha 12 de diciembre de 2012. Por ellas se modificó la de 10 de agosto de 2007, mediante la cual se desarrolló el currículo correspondiente a Educación Primaria y Secundaria Obligatoria en Andalucía, y ello vino motivado por entenderse que el Decreto 1190/2012, de 3 de agosto, suprimió determinados contenidos que eran considerados relevantes y se ajustaban a principios y valores constitucionales, quedando tras la modificación propuesta

dichos contenidos incluidos como opción específica de Andalucía, en virtud de las competencias que le corresponden.

Teniendo en cuenta lo publicado por la Agencia Andaluza de Evaluación Educativa respecto a las orientaciones para la evaluación de la competencia Social y Ciudadana en el marco educativo formal en Andalucía, debemos de plantearnos cuáles deben ser los contenidos relacionados con la competencia analizada, que serían extrapolables al marco educativo no formal. Contenidos que, de hecho, se encuentran dentro de los existentes dentro educación para la ciudadanía en la actualidad.

Esta competencia social y ciudadana es la que hace posible comprender la realidad social en que vive el adicto como cualquier otro educando, la que posibilita cooperar y convivir y ejercer una ciudadanía activa en la sociedad plural y diversa en la que nos encontramos y, en la medida de las posibilidades individuales, contribuir a su mejora.

La Agencia Andaluza de Evaluación Educativa pudo llevar a cabo en el curso académico 2010-2011, coincidiendo con el momento final en los planos temporales de nuestra investigación, una evaluación del diagnóstico de la competencia social y ciudadana, razón por la que hemos creído adecuada su inclusión en estas conclusiones. Allí se señalaba que el estudio de un solo curso académico no puede considerarse concluyente, sí apuntaba datos que deberían tenerse en cuenta. Se pudo visualizar en dicho estudio que en la población escolarizada, tanto en educación primaria como en educación secundaria obligatoria, la competencia social y ciudadana era la que menor porcentaje alcanzó en dicha evaluación y dentro de dicha competencia la dimensión más desarrollada en ambos grupos de educandos era la Convivencia y Cooperación, seguida en el caso de Educación Primaria de la dimensión Comprensión de la realidad Social y ésta a su vez precedida por la dimensión Compromiso para una Ciudadanía democrática y Participación, mientras que en el caso de los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria la dimensión que se encontraría en segunda posición sería Compromiso para

la Ciudadanía democrática y Participación, frente a la última posición que correspondería a la dimensión Comprensión de la realidad social, la cual mostrando un descenso acusado con relación a las otras dos dimensiones.

Desde el año 2007, año de finalización de la vigencia del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones y año de reforma del Estatuto de Autonomía de Andalucía, nos encontramos ante un nuevo escenario. Con la aprobación de el nuevo estatuto la política de drogas y adicciones se encuentra con un contexto normativo enriquecido para promover planteamientos y medidas transversales que pongan en funcionamiento un sistema más coherente, integral y transversal.

Trasladando lo expuesto al marco educativo no formal, nos encontramos en nuestra investigación con un conjunto de educandos, que al considerarlos en función de su edad, diremos que la práctica totalidad de ellos se encontrarán fuera del marco de la educación obligatoria y cuya conexión al mundo educativo será a través de la educación de adultos (educación permanente, educación no formal).

Debemos recordar los convenios existentes entre las anteriores Consejerías de Educación y de Sanidad y Bienestar Social, y las relaciones de sus entes instrumentales para el desarrollo de esta acción educativa. Así, mediante intervenciones educativas transversales, que deben estar presentes en el currículo oculto y que serán desarrolladas por los profesionales de las comunidades terapéuticas, se dote de competencias apropiadas a nuestros educandos adictos. Competencias estas que lógicamente deben disponer los profesionales del sector asistencial, para lo cual es fundamental la formación inicial y permanente de la que dispongan los mismos y de la que se les dote.

Por ello, y con la finalidad de plantear posibles ideas, nuevas y creativas, para la búsqueda constante y permanente de “verdaderas” inclusiones sociales de nuestros “especiales educandos adictos”, proponemos que, sin dejar de otorgar su justo valor a los aspectos sanitarios vinculados a la patología

adictiva, debemos centrarnos en mayor medida en el abordaje social y ético-ciudadano del mismo. Creemos adecuado por tanto resaltar los objetivos y los contenidos de especial significación que nuestro criterio deberían ser abordados, la potencial metodología y reseñar cómo proceder a la evaluación de los mismos, considerando siempre la necesidad de medir el cambio educativo en las comunidades terapéuticas para personas adictas como parte fundamental en las evaluaciones de las intervenciones terapéuticas, incluyendo la evaluación emocional de adicto y una potencial evolución ético-cívica.

### **7.3.1.- Objetivos inspiradores de una nueva propuesta formativa basada en Valores y Ciudadanía.**

Del conjunto de objetivos posibles destacaremos el desarrollo de ciertas capacidades al considerarlas, bajo nuestra particular concepción terapéutica, de especial trascendencia en el desarrollo del proceso terapéutico con personas con conductas adictivas:

- 1.-Desarrollar la capacidad de superación y la autonomía personal del adicto.
- 2.-Reconocer la condición humana en su dimensión individual y, fundamentalmente, social.
- 3.-Capacitar al adicto para posibilitar actuaciones personales libres en las relaciones sociales, manteniendo actitudes constructivas, fomentando la capacidad de asumir responsabilidades por su parte y de practicar formas de convivencia y participación basadas en el respeto y la cooperación.
- 4.-Desarrollar habilidades sociales, favorecer actitudes solidarias y tolerantes con los demás, utilizando el diálogo y la mediación como instrumentos de inclusión.

5.-Conocer y valorar la relación existente entre libertad y responsabilidad individual y contextualizar al individuo en su entorno habitual.

6.-Aceptar e interiorizar el principio de correlación entre deberes y derechos.

7.-Educar en salud integral, conocer las habilidades y valores necesarios para actuar positivamente respecto a la salud individual y grupal. Adquirir hábitos de vida saludables que protejan a las personas ante las enfermedades y ante las adicciones.

### **7.3.2.- Contenidos de la propuesta formativa**

Dentro de los contenidos que deben estar presentes, destacaremos los siguientes:

1.-Autonomía y relaciones interpersonales. Sentimientos y emociones. Autoestima y gestión emocional. Responsabilidad y dignidad. Desarrollo de factores de protección frente a la enfermedad y a las adicciones.

2.-El reconocimiento de los otros como base de la convivencia.

3.- La convivencia en la familia, en el barrio y la localidad.

4.- La convivencia social. Reconocimiento y aceptación de normas para convivir y principios éticos de convivencia.

5.-La concepción del bien y de la justicia como valores fundamentales de la acción personal y social humana.

6.-Libertad individual y responsabilidad social y cívica.



## 7.-El aprendizaje de la resolución dialogada y negociada de los conflictos.

### 7.3.3.- Metodología

Es quizás este contenido curricular donde no hemos querido profundizar, dándole un “mayor margen de libertad” al profesional al enfrentarse a “su realidad concreta”, al conjunto de educandos adictos con los que desarrolla su actividad. No hemos querido limitar esa búsqueda creativa de estrategias y recursos de aprendizaje, de diferentes actividades específicas que se pueden y deben realizar y que permitirán comprender e interiorizar los contenidos curriculares antes expuestos y por ende, la consecución de los objetivos establecidos.

Partimos de una “realidad oculta” que va desde la aceptación del carácter transversal, que debe siempre de acompañar a toda acción educativa en valores, ciudadanía y valores éticos-cívicos en el seno de cualquier proceso educativo, al impregnar de valores, de eticidad moral y cívica todo proceso educativo, pero quizás, debamos también considerar la necesidad de introducir específicamente acciones concretas dentro del programa de intervención terapéutica para la consecución de estos objetivos en el marco educativo no formal de forma semejante a como esta implantado en el marco formal.

Debemos promover con la metodología empleada un “regreso” del individuo a una sociabilidad radicalmente buscada y deseada frente a una libertad desvinculada del contexto donde dicho individuo se desarrolla.

Buscaremos actividades que nos ayuden a vivir en sociedad, a vivir en una búsqueda constante y continua de la felicidad, aceptando su carácter dinámico y no permanente. Acciones que nos ayuden a lograr una búsqueda

de proyectos vitales cuya realización tendrá que ver con los valores, los cuales interiorizaremos desde la esfera emocional, destacando por tanto la importancia de la empatía y la conexión comunicativa entre profesional/educador y educando ( el valor de la educación emocional).

En todo caso, las estrategias de enseñanza y aprendizaje deben de emplear una metodología participativa, incluyendo enseñanzas expositivas e interactivas, enseñanzas de indagación, intervenciones individualizadas junto al empleo de modelos de realidad y todo ello, desde el aprendizaje a través de la experiencia así como desde un enfoque global de las dimensiones o perspectivas de la enseñanza y el aprendizaje.

Por ello no sólo es importante la existencia de este curriculum en las comunidades terapéuticas, la existencia de un programa educativo concreto, cuyas unidades didácticas materialicen nuestros objetivos, sino también es preciso la existencia planes formativos dotados de una estabilidad “de contenidos”, que incluyan la importante formación de los profesionales en estrategias de enseñanza y aprendizaje en valores y ciudadanía, acordes a la realidad emergente y dinámica de las adicciones en los contextos geográficos y socio-culturales concretos.

Cada individuo es único, es singular, y su contexto geográfico y socio-cultural va a favorecer o a dificultar el aprendizaje buscado y, por ende, la consecución de los objetivos anhelados.

#### **7.3.4.- Evaluación de la propuesta formativa**

Las comunidades terapéuticas se caracterizan en su intervención por presentar una doble dimensión, la terapéutica y la educativa. A su vez, diremos que dicha intervención educativa tiene como objetivo global el desarrollo de las

capacidades personales que posibilitan el ajuste más idóneo, más adecuado, entre el individuo y la sociedad a la que pertenece.

El conjunto de acciones que constituyen la denominada intervención terapéutica va dirigida a la modificación de factores afectivos, cognitivos y comportamentales que determinan el inicio de dichas conductas adictivas, el mantenimiento de las mismas y la mayor o menor dificultad de cambio.

Partiendo de un hecho fundamental, de la aceptación de la patología adictiva como proceso con connotaciones bio-psico-sociales caracterizado por presentar numerosas recaídas o recidivas, que terminarán por dotarle de ese carácter de cronicidad al proceso patológico, podemos decir que el sentimiento de “frustración personal y profesional” que acompaña a muchos terapeutas en el día a día, hizo que, desde el inicio de nuestra investigación, entendiésemos la necesidad de profundizar en las intervenciones educativas. Profundizar en dichas intervenciones para así “rentabilizar comunitariamente” los esfuerzos y recursos personales y económicos empleados. Por ello, de igual forma, es de gran interés la búsqueda de instrumentos que nos ayuden a “medir el cambio educativo desarrollado” en las comunidades terapéuticas y que esta valoración del cambio nos oriente en las intervenciones futuras y sus contenidos.

Los criterios de evaluación deben ser:

- 1.-Valorar el nivel de libertad y responsabilidad individual.
- 2.-Participar en la vida del centro y del entorno social y practicar el dialogo.
- 3.- Reconocer la participación de los ciudadanos en el mantenimiento de los servicios de las administraciones y mostrar ante situaciones de la vida cotidiana actitudes cívicas.

Una vez realizado este conjunto de aportaciones que debemos, bajo nuestro criterio, tener en consideración en la elaboración de una “nueva” propuesta formativa, recordaremos en este momento la hipótesis inicial de

nuestra investigación, justificaremos brevemente los objetivos planteados para finalmente ver la coherencia de los resultados obtenidos y la propuesta realizada.

En dicha hipótesis inicial, planteábamos la necesidad de dotar a los profesionales de un “novedoso y diferente” plan de formación que, tomando como eje básico la educación permanente del individuo y reforzando la adquisición de competencias sociales y ciudadanas, nos posibilitaran mejorar los procesos de inclusión comunitaria de los usuarios/adictos de los recursos asistenciales estudiados. Todo ello motivado por la falta de correspondencia entre los objetivos y contenidos formativos planteados y ofertados a los profesionales, siempre en correspondencia con la normativa social y educativa vigente en el periodo temporal objeto de estudio y por otro lado, soportado en el carácter crónico que presenta la adicción como patología biopsicosocial.

Por ello tras los resultados obtenidos y expuestos en nuestra investigación consideramos que sin abandonar las intervenciones en el campo de la salud, incluyendo lógicamente en ellas las intervenciones en el campo psicológico, ha llegado el momento que la pedagogía y la educación social se adentren en las adicciones y generen un nuevo espíritu de cambio liberador a semejanza del desarrollado en el campo educativo tras las novedosas aportaciones que nos posibilita el modelo educativo de Freire.

Para finalizar, queremos proclamar la necesidad de reivindicar nuevos y potenciales campos de acción de la pedagogía, de la educación. La pedagogía social, la educación social y la didáctica deben de andar nuevos caminos de forma conjunta. Adentrarse en esta realidad social, abordarla desde otras perspectivas, de manera que sin abandonar el campo preventivo, las acciones a desarrollar en la escuela, en el marco educativo formal, sea capaz de adentrarse en un nuevo mundo, el asistencial. Desde esta perspectiva, la pedagogía, la didáctica y la educación social deben también “actuar en situaciones de urgencia social”, de inmediatez en la intervención, en donde es preciso saber hacer, aprender por ende a influir en nuestro propio entorno,

basándonos en el aprender a conocer, a adquirir los correspondientes instrumentos de comprensión. Todo lo expuesto debe posibilitar que nuestros educandos aprendan a ser y aprendan a vivir juntos, a comprender al otro, así como a entender las múltiples formas de interdependencias, a vivir en un entorno plural y en definitiva, a conseguir el desarrollo de la propia autonomía del individuo, del juicio y de la responsabilidad personal. En suma, a lograr esa búsqueda de la felicidad individual prescindiendo de la conducta adictiva que le acompañó en la falsa consecución de la misma.

La educación en valores y la educación para la ciudadanía pudiesen ser elementos e instrumentos “nuevos y creativos”, como antes nos hemos referido a ellos, para lograr nuestro objetivo vital, esa “búsqueda constante y permanente de la felicidad“. Búsqueda de la felicidad que, en ningún caso, será un estado estático y ante una patología biopsicosocial cargada de enorme dinamismo y sobre la que si tenemos claro que sigue siendo un fenómeno del que aun desconocemos mucho más de lo que conocemos y donde el mundo emocional y el mundo social va a tener cada vez en mayor medida una trascendencia fundamental.

**CAPÍTULO 8:**  
**BIBLIOGRAFÍA GENERAL**  
**Y WEBGRAFÍA**



## 8.1. Bibliografía

### A

- Aguelo Muñoz, F. (2004). “Comunidades Terapéuticas para drogodependientes y relación educativa”. En: *Acciones e Investigaciones sociales*, nº19, (Marzo), pp. 127-144.
- Ainscow, M. (2001). *Desarrollo de escuelas inclusivas*. Madrid: Narcea
- Ainscow, M. (2003). “Developing inclusive education systems: what are the levers for change?” En: *Inclusive Education. A Framework for Reform*. Conferencia Internacional. Instituto de Educación de Hong Kong. Diciembre.
- Ainscow, M. (2005) “La mejora de la escuela inclusiva”. *Cuadernos de pedagogía* (349), pp. 78-83.
- Álvarez, V.; Vila, E. (2013).” Educación de calle para la inclusión social: reflexiones y experiencias”. En: *Revista del Colegio profesional de Educadores y Educadoras Sociales de Andalucía*. Nº 1-2, pp.243-253.
- Amoros y Ayerbe. *Intervención educativa en inadaptación social*. Madrid. Síntesis.
- Arenas, F; Bermudo, M. V.; López, R.; Martín, J.; Tirado, P. (2002). *Programa de intervención en comunidad terapéutica en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las drogodependencias.
- Ayuso Moreno, C. (1986). *El solar andaluz*. Sevilla. Programa de Educación de Adultos Conserjería de Educación y Ciencia. Andalucía.



- Ayuste, A. (2006). “Las contribuciones de Habermas y Freire a una teoría de la educación democrática centrada en la deliberación racional y el diálogo”. En: Ayuste, A. (coord.) (2006). *Educación, ciudadanía y democracia*. Madrid/Barcelona: OEI/Octaedro
- Ayuste, A. (coord.) (2006). *Educación, ciudadanía y democracia*. Madrid/Barcelona: OEI/Octaedro.
- Arnaiz, P. (2003). *Educación inclusiva. Una escuela para todos*. Málaga: Aljibe.

## B

- Bárcena; F.; Jover, G. (2005). “Pensar al sujeto cívico desde una pedagogía de la mirada”. En: Oraison, M. (2005). *Globalización, ciudadanía y educación*. Barcelona: Octaedro, pp.49-82.
- Bell, J. (1992). *Doing your research project*. Philadelphia: Open University Press.
- Bernstein, B. (1989). “Clase y Pedagogías visibles e invisibles”. En: Gimeno Sacristán y Pérez Gómez, *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal, pp.54-72.
- Bernstein, B. (1989). *Clases, códigos y control. Estudios teóricos para una sociología del lenguaje*. Madrid: Akal.
- Bernstein, B. (1993). *La estructura del discurso pedagógico. Clases, códigos y control*. Madrid: Morata (vol. IV).
- Bizquerra, R. (2003). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Bolivar, A. (2007). *Educación para la ciudadanía. Algo más que una asignatura*. Barcelona: Grao.
- Booth, T.; Ainscow, M. (1998). *From them to us. An international study of inclusion on education*. Londres: Routledge.

- Briones, G. (1996). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.
- Buber, M. (1991). *Relación educativa y relaciones humanas*. Barcelona: Herder.
- Buendía, L. (1994). *Análisis de la investigación educativa*. Granada: Servicio de Publicaciones.
- Buendía, I. (1999) *Modelos de análisis de la investigación educativa*. Alfar: Sevilla.
- Bunge, M. (1969). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
- Burguet, M. (1999) *El educador como gestor de conflicto*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

## C

- Camacho, A., Castillo, A. y Monge, J. (Dir.). *Alternativas y propuestas de incorporación social en drogodependencias*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Camacho Herrera, A. (2001). "La educación permanente facilitadora de la incorporación social y la participación ciudadana". En: Camacho, A., Castillo, A. y Monge, I. (Dir.). *Alternativas y propuestas de incorporación social en drogodependencias*. Sevilla. Junta de Andalucía, 37-54.
- Camilleri, C. (1985). *Antropología cultural y educación*. París: UNESCO.
- Campo Sorribas, J. y Pachón i Iglesias, C. (2000). "La intervención socioeducativa en un contexto institucional". En: Amoros y Ayerbe. *Intervención educativa en inadaptación social*. Madrid. Síntesis, pp. 197-226.
- Camps, V. (1993). *Paradojas del individualismo*. Barcelona: Crítica.
- Cañal de León (Coord.). *La innovación educativa*. Madrid: Akal.

- Carbonell, J. (2001). “La aventura de innovar. El cambio en la escuela”. En: D’Angelo Menéndez, E. (2008). *Innovación en la enseñanza secundaria*. Madrid. ICE: Universidad Complutense de Madrid, pp. 331-330.
- Carbonell, J. (2002). “El profesorado y la innovación educativa”. En Cañal de León (Coord.) *La innovación educativa*. Madrid: Akal, pp.11-26.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carreras, I. (1995). *Cómo educar en Valores*. Madrid: Narcea
- Casas Anguita J.; Repullo. J.R.; Labrador; Donado, J. (2003). *La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I)*. Consultado en: <http://external.doyma.es/pdf/27/27v31n08a13047738pdf001.pdf> (abril, 2009).
- Cerda, M. de la (2013). *Por una pedagogía de ayuda entre iguales*. Barcelona: Graó.
- Chalmers, A.F. (1986). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Madrid: Siglo XXI.
- Colás, P; Buendía, I. (1998). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- Coletti, M. (2002). “El problema de las emociones en la psicoterapia de las dependencias tóxicas: las del operador”. Ponencia presentada en las VIII Jornadas de Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- Comas, D. (1988). *El tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Comas, D. (2011). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea. Grupo GID.
- Comenio, J. A. (1986). *Didáctica magna*. Madrid: Akal.

- Consejería de Asuntos Sociales. (2002). *Decreto 167/2002 por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas*. (BOJA nº 67, de 8 de junio de 2002).
- Consejería de Asuntos Sociales. (2002). *Decreto 209/2002, por el que se aprueba el II Plan Andaluz sobre y Adicciones*. (BOJA nº 98, de 22 de agosto de 2002).
- Consejería de Educación. (2012). *Orden de 12 de diciembre de 2012, por la que se modifica la de 10 de agosto de 2007, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la Educación Primaria en Andalucía*. (BOJA, nº14, de 21 de enero).
- Consejería de Educación. (2012). *Orden de 12 de diciembre de 2012, por la que se modifica la de 10 de agosto de 2007, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la Educación Secundaria obligatoria en Andalucía*. (BOJA, nº14, de 21 de enero).
- Cook, T.D.; Reichardt, Ch.S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Cortina, A. (2006). Educación en valores y ciudadanía. En: Martínez, M.; Hoyos, G. (Coords.). *La formación en valores en sociedades democráticas*. Barcelona: Octaedro, pp.49-73.

## D

- D'Angelo Menendez. (2008). "Innovación en la enseñanza secundaria". En: Monclús, A. (Coord.) *Educación y sistema educativo*. Madrid: ICE Universidad Complutense, pp.331-349.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid/Paris: Santillana/UNESCO.
- Departament of Education and Skills (DfES) (2003). *Skills for Life*. Disponible en: [www.dfes.gov.uk/skillsforlife](http://www.dfes.gov.uk/skillsforlife)
- Dewey, J. (1953). *Democracia y educación*. Buenos Aires: Losada.

- Díaz, E.; Heler, M. (1985). *El conocimiento científico*. Buenos Aires: Eudeba.
- Duckworth, V.; Tummons, J. (2010). *Contemporary Issues in Lifelong Learning*. Berkshire: MacGrawHill Education.
- Durkheim, E. (1976). *Educación como socialización*. Salamanca: Sígueme.
- Dyson, A. (2001) “Dilemas, contradicciones y variedades de inclusión”. En: Verdugo, M. y Jordán de Urries (Eds.). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amaru, pp. 145-160.

## E

- Echeita, G. y Vedugo, M.A. (2005). “Diez años después de la Declaración de Salamanca sobre las necesidades educativas especiales en España. Entre la retórica esperanzadora y las resistencias al cambio”. En *Siglo Cero*, vol. 36 (1), núm. 236, pp. 5-12.
- Echeita, G. (2007). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*. Madrid: Narcea.
- Echeverría, J. (2002). *Ciencia y Valores*. Madrid: Destino.
- Elzo, J. (2004). “La educación del futuro y los valores”. En *Debates de educación* (2004). Barcelona: Fundación Jaume Bofill.
- Erramouspe, P. (2004). “Un cambio de mirada en la didáctica de la argumentación moral”. En: Schujman, G. (2004) (coord.) *Formación ética y ciudadanía: un cambio de mirada*. Barcelona: Octaedro, pp...
- Escámez, J. (2000) “Nuevas orientaciones axiológicas en la educación”. En: Rodríguez Neira, T., Peña, J. V., y Hernández, J. *Cambio educativo: Presente y Futuro*. VII Congreso Nacional de Teoría de la Educación. Oviedo: Servicio de publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Escámez, J.; García López, R.; Llopis, A.; Pérez, C. (2007). *El aprendizaje de valores y actitudes. Teoría y práctica*. Barcelona: Octaedro.

- Escudero, J.M. y Martínez, B. (2011). “Educación inclusiva y cambio escolar”. En: *Revista Iberoamericana de Educación* (55, enero-abril), pp. 85-106.
- Esteban Ibáñez, M. “La educación permanente y las nuevas tecnologías ante las necesidades educativas actuales”. En [www.quadernsdigitals.net/datos\\_web/hemeroteca/r\\_1/nr.../8586.html](http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr.../8586.html)
- Eurydice. Red Europea de información en educación (2005). *La educación para la ciudadanía en el contexto escolar europeo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

## F

- Faure, E. (1972). *Aprender a ser*. Madrid: Alianza Universidad/UNESCO (6ª ed.: 1978).
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) (2001). *Manual para la elaboración de planes municipales de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Flecha, R. (2008). *Comunidades de aprendizaje*. Sevilla: Fundación ECOEM.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Flores, C. ; Tomé, M. ; Jiménez, E. (2013). “El liderazgo en el rol del Educador/a Social”. En : *Revista del Colegio profesional de Educadores y Educadoras Sociales de Andalucía*. Nº 1-2, pp.71-80.
- Fournier, M. (dir.) (2011). *Éduquer et Former. Connaissances et débats en Éducation et Formation*. Auxerre: Sciences Humaines.
- Fournier, M. (2011). “Enquête sur les pédagogies alternatives”. En: Fournier, M. (dir.) (2011). *Éduquer et Former. Connaissances et débats en Éducation et Formation*. Auxerre: Sciences Humaines, pp. 63-70.
- Freire, P. (1969). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva

- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Funes, J. (1995). “Drogodependencias e incorporación social”. En AAVV: *II Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario*. Cádiz: Diputación de Cádiz y Junta de Andalucía.
- Funes, J. (1991). *Drogodependencias e incorporación social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Funes, J. (1991). *Nosotros los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Funes, J. y Mayol, I. (1989). *Incorporarse a la sociedad y propuestas para planificar la inserción de las personas drogodependientes*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Funes, J. (1999). “La Formación de terapeutas y la adaptación de los tratamientos a los nuevos perfiles de consumo de drogas”. *Actas del seminario*, IGIA. San Sebastian.

## G

- Gallego, J.L.; Salvador, F. (2002): “Enfoque didáctico para la globalización y la interdisciplinariedad”. En Medina, A.; Salvador, F. (Coords.). *Didáctica General*. Madrid: Prentice Hall, pp. 221-245.
- García Fraile, J.A. (2005). “Investigar con métodos cuantitativos”. En: Monclús, A. (coord.) (2005), pp. 285-296.
- García Fraile, J.A. (2005). “Investigar con métodos cualitativos”. En: Monclús, A. (coord.) (2005), pp. 297-309.
- García Jiménez, V.; Alvarado, J.M. (2000). *Métodos de investigación científica en psicología*. Barcelona: EUB.
- Gellner, E. (1983) "El rango científico de las ciencias sociales". En *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, vol. XXXVI, nº 4. París: UNESCO, pp. 601-622.

- Grangeat, M. (2011). "Lev Vygotski: L'apprentissage par le groupe". En Fournier, M. (dir.) (2011). *Éduquer et Former. Connaissances et débats en Éducation et Formation*. Auxerre: Sciences Humaines, pp. 122-125.
- Gusford, G. (1983). "Pasado, presente y futuro de la investigación interdisciplinaria". En VV AA *Interdisciplinariedad y ciencias humanas*. Madrid: Tecnos/UNESCO, pp. 32-70.
- Gairin, J. (1996). *La organización escolar: contexto y texto de actuación*. Madrid: La Muralla.
- Gadotti, M. (2006) "La pedagogía de Paulo Freire y el proceso de democratización en Brasil. En: Ayuste, A. (coord.) (2006). *Educación, ciudadanía y democracia*. Madrid/Barcelona: OEI/Octaedro, pp. 39-64.
- García Fraile, J.A.; Saban, C. (coords.) (2008). *Un nuevo modelo de formación para el siglo XXI: La enseñanza por competencias*. Barcelona: Davinci.
- García Pastor, C. (1998). *Integration in Spain: a critical view*. European Journal of Special Needs Education, 13 (1), 43-56.
- Gelpi, E. (1990) Educación permanente. Problemas laborales y perspectivas educativas. Madrid: Ed. Popular.
- Giddens, A. (1998) The third way: the renewal of social democracy. Cambridge: Polity Press.
- Graña, J. (1998). *Madrid. Conductas adictivas. Teorías, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Gutiérrez, P. (2009). *Tendencias actuales en la atención a las necesidades educativas especiales*. Granada. Fundación UIMP-Campo de Gibraltar. Grupo editorial universitario.
- Gutiérrez, P. (1998). "Organización educativa: Atención a la diversidad". En: Monclús Estella, A. (Coord.). *V Congreso interuniversitario de organización de instituciones educativas, libro de ponencias*. Madrid. UCM, pp. 627-646.



## H

- Hargreaves, A. y otros (2001) *Aprender a cambiar. La enseñanza más allá de las materias y los niveles*. Barcelona: Octaedro.
- Habermas, J. (1988). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus

## I

- Illich, I. (1978) *Un mundo sin escuelas*. México: Nueva Imagen.

## J

- Jefatura del Estado. (1970). *Ley 14/1970 General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa*. (BOE, nº 187 de 6 de agosto).
- Jefatura del Estado. (1985). *Ley Orgánica 8/1985 Reguladora del Derecho a la Educación. (LODE)* (BOE, nº 159, de 4 de julio).
- Jefatura del Estado. (1990). *Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo. (LOGSE)*. (BOE, nº 238 de 4 de octubre).
- Jefatura del Estado. (1995). *Ley Orgánica 9/1995 de la participación, de evaluación y el gobierno de los centros docentes. (LOPEGC)*. (BOE, nº 278, de 21 de noviembre).
- Jefatura del Estado. (2002). *Ley Orgánica 10/2002 de Calidad de la Educación* (BOE, nº 307, de 24 de diciembre).
- Jefatura del Estado. (2006). *Ley Orgánica 2/2006 de Educación*. (B.O.E. nº 106, de 4 de mayo de 2006).

- Jones, M. (1976) *Maduration of the therapeutic Community: as organic approach to health and mental health*. New York: Human Sciences Press.
- Junta de Andalucía. (1982). *Estatuto de Autonomía*. (BOJA, nº 2, de 1 de febrero de 1982).
- Junta de Andalucía. (1988). *Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía*. ( BOJA, nº 29, de 12 de abril de 1986)
- Junta de Andalucía. (1997). *Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas*. (BOJA, nº 83, de 19 de julio de 1997 y BOJA nº 99, de 26 de agosto de 1997, Corrección de errores).
- Junta de Andalucía. (2001). *Ley 1/2001, de 3 de mayo, por la que se modifica la ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas*. (BOJA nº 59, de 24 de mayo de 2001).
- Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. (2001). *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

## K

- Kuhn, T.S. (1975). *Segundos pensamientos sobre paradigmas*. Madrid....
- Kuhn, T.S. (1987). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.

## L

- Labaree, D.F. (2012). “La escuela como respuestas a los problemas sociales. Lecciones de la Primer República Americana”. En: Tröhler, D. y Barbu, R. (comps.) (2012). *Los sistemas educativos. Perspectiva histórica, cultural y sociológica*. Barcelona: Octaedro, pp. 79-90.

- Lafuente, C.; Marín, A. (2008). “Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: fases, fuentes y selección de técnicas”. *Escuela de administración de negocios* (64), pp. 5-18.
- Laínez, J. (2013). “Una vida de “heroína”: buscando la paz en la guerra contra las drogas”. En: *Revista del Colegio profesional de Educadores y Educadoras Sociales de Andalucía*. Nº 1-2, pp.159-174.
- Lakatos, I. (1983). *La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza.
- Lengrand, P. (1970). *An Introduction to Lifelong Education*. París: Unesco.
- León, O.G.; Montero, I. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: MacGraw Hill.
- Lorenzo, J.A. (2008). *El sistema educativo español* en Monclús, A. (coord) Educación y sistema educativo. Madrid: ICE Universidad Complutense, pp. 83-99.

## M

- Macias, E. (2012). “La formación de docentes en el marco de la educación permanente para la atención a la diversidad”. En: Monclús, A.; Sabán, C. (coord.). (2012). *Atención a la diversidad y educación del futuro*. Granada: GEU, pp. 125-142.
- Magendzo, A. (2006). “Educación en derechos humanos: una forma de aproximarse a la educación en valores”. En: Martínez, M.; Hoyos, G. (Coords.). (2006). *La formación en valores en sociedades democráticas*. Barcelona: Octaedro.
- Marina, J. A. (2010). “La competencia de emprender”. *Revista de Educación*, 351, Enero-Abril 2010.
- Marqués, P. (2010). Ciencia y metodologías de investigación. Diseño de una investigación educativa. Consultado en [www.peremarques.pangea.org/edusoft.htm](http://www.peremarques.pangea.org/edusoft.htm) (diciembre de 2010).

- Martín Cortés, I. (2006). *Una propuesta para la enseñanza de la ciudadanía democrática en España*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Martínez González, R. (2007). *La investigación en la práctica educativa: Guía metodológica para el diagnóstico y la evaluación de los centros docentes*. Madrid: MEC.
- Martínez, M.; Noguera, E. (1998). “La declaración universal de los derechos humanos. Compromisos y deberes”. En *Revista Española de Pedagogía*, nº 211, septiembre-diciembre, pp.483-510.
- Martínez, M.; Hoyos, G. (Coords.). (2006). *La formación en valores en sociedades democráticas*. Barcelona: Octaedro.
- Martínez, M.; Hoyos, G. (2006). “Educación para la ciudadanía en tiempos de globalización”. En: Martínez, M.; Hoyos, G. (Coords.). (2006). *La formación en valores en sociedades democráticas*. Barcelona: Octaedro.
- M'bow, A. (1971) *Discours de clôture, Conférence internationale de l'éducation. Rapport final*. Ginebra: Unesco /BIE.
- Medina Revilla, A. (2002). *Formación y Actualización Ocupacional de jóvenes y personas adultas (Educadores/as). Módulo I*. Madrid: UNED.
- Melich J.C. (1994): *Del extraño al cómplice. La educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos.
- Melich J.C. (1997).”La respuesta del otro: la caricia”, En: Larrosa, J. y Pérez de Lara, N. (comps.) *Imágenes del otro*. Barcelona: Virus Editorial, pp.153-162.
- Merino A, J. (2008). *La educación fuera del sistema educativo en Monclús*, A. (coord.). Educación y sistema educativo. Madrid: ICE Universidad Complutense, pp. 119-135.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (1986). *La educación de adultos. Un libro abierto*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (2004) *Una educación de calidad para todos y entre todos*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2013). *Orden ECD/7/2013, de 9 de enero, por la que se modifica la Orden ECI/2211/2007, de 12*

*de julio, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Primaria, y la Orden ECI/2220/2007, de 12 de julio por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Secundaria Obligatoria.* (BOE nº14, de 16 de enero)

- Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2000) *Estrategia Nacional sobre Drogas* (2000-2008). Madrid: Ministerio del Interior.
- Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Estrategia Nacional sobre Drogas* (2009-2016). Madrid: Ministerio del Interior.
- Ministerio de la Presidencia. (1999). *Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2002-2008.* (BOE, nº 313, de 31 de diciembre de 1999).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Resolución de 2 de febrero, de la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas, por el que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba la estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.* (BOE, nº38, de 13 de febrero).
- Molina Fernández, A. J. (2011). "El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales". *Revista Adicción y Ciencia*, vol .1, nº 4, pp. 1-8. Consultado en [www.adiccionyciencia.info/molina\\_4.html](http://www.adiccionyciencia.info/molina_4.html)
- Molina Fernández, A. J. (2011). "Fortalezas y debilidades de la comunidad terapéutica". *Revista Adicción y Ciencia*, vol .1, nº 4, pp.1-2. Consultado en [http://www.adiccionyciencia.info/dairg\\_4.html](http://www.adiccionyciencia.info/dairg_4.html)
- Monclús, A. (1988). *Pedagogía de la contradicción: Paulo Freire. Nuevos planteamientos en educación de adultos.* Barcelona: Anthropos.
- Monclús, A. (1992). *La enseñanza de la historia, la geografía y las ciencias sociales.* Madrid: Editorial Complutense.
- Monclús, A. (1995). *Utopía, Educación permanente y Didáctica.* Madrid: Parteluz.
- Monclús, A. (1996). *Investigación y educación de adultos.* Madrid: Parteluz.

- Monclús, A. (2001). *Educación y cooperación internacional para el desarrollo*. Madrid: Unicef/Ed. Complutense.
- Monclús, A. (2004) *A qué llamamos enseñanza, escuela, curriculum*. Granada: GEU.
- Monclús, A. (coord.). (2005). *Las perspectivas de la educación actual*. Salamanca: Témpora.
- Monclús, A (2008) (coord.). *Educación y sistema educativo*. Madrid: ICE Universidad Complutense.
- Monclús, A. (2010) (Editor). *El dialogo de las culturas cristiana y musulmana en el marco de la alianza de civilizaciones. Historia y actualidad*. UIMP. Granada: GEU.
- Monclús, A. (2011). *La educación entre la complejidad y la organización*. Granada: GEU.
- Monclús, A.; Saban, C. (1997). *La escuela global. La educación y la comunicación a lo largo de la historia de la Unesco*. Madrid/París: Fondo de Cultura Económica/Unesco.
- Monclús, A.; Saban, C. (Coords.) (2012). *Atención a la diversidad y educación del futuro*. Granada: GEU.
- Morin, E. (2000). *La mente bien ordenada*. Madrid: Paidós.
- Morin, E (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Madrid: Paidós.
- Morin, E (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: GEDISA.
- Morin, E (2010). *Mi camino*. Barcelona: GEDISA
- Muñiz, M. A. y Pérez Herrero, M. (2010). *La educación en valores afectivos, comportamientos sociales y desarrollo personal: variables relevantes en el proceso formativo*. Documento en <http://2010.economicofeducation.com/user/pdfsessions2013/063.pdf>

## Ñ

- Núñez Cubero, L. (1993). *Metodología e investigación en la educación no formal*. Sevilla. Preu-Espinola.

## O

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012). *El problema de las drogodependencias en Europa*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.
- Olivar, A. (2011). “La educación social en la comunidad terapéutica y otros dispositivos residenciales”. En Comas, D. (2011). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea. Grupo GID, pp. 193-221.
- Oraison, M. (Coord.) (2005). *Globalización, ciudadanía y educación*. Barcelona: Octaedro.
- Oraison, M. (Coord.) (2005). *La construcción de la ciudadanía en el siglo XXI*. Barcelona: Octaedro.
- Oraison, M. (2005). “Representaciones y prácticas de la ciudadanía. Una lectura histórico-pedagógica del caso argentino”. En: Oraison, M. (Coord.) (2005) *La construcción de la ciudadanía en el siglo XXI*. Barcelona: Octaedro, pp.13-68.
- Ortíz Colón, A. (2003). “El cuestionario en la detección de necesidades formativas de las personas adultas desde la perspectiva del profesorado”. En *Revista Iberoamericana de Educación*, [www.rieoei.org](http://www.rieoei.org)

## P

- Pantoja Vargas, L. (2008): “La formación de los profesionales en drogodependencias. Una visión desde la experiencia formadora del Instituto Deusto”. *Revista Proyecto*, 67, pp. 23-34.
- Pérez del Río, F. (2011). “Origen alemán de la comunidad terapéutica”. *Revista Adicción y Ciencia*. Vol.1, nº4, pp.1-3. Consultado en [www.adiccionyciencia.info/perezdelrio2.html](http://www.adiccionyciencia.info/perezdelrio2.html)
- Pérez del Río, F. (2011). “En que cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad

- terapéutica”. *Revista Adicción y Ciencia*. Vol.1, nº 4, pp.1-3. Consultado en [www.adiccionyciencia.info/perezdelrio.html](http://www.adiccionyciencia.info/perezdelrio.html)
- Piaget, J. y otros (1975). *Tendencias de la investigación en las Ciencias sociales*. Madrid: Alianza (2ª ed.).
  - Popkewitz, Th. (2012). “El pasado como futuro de las ciencias sociales y de la educación”. En: Tröhler, D. y Barbu, R. (comps.) (2012). *Los sistemas educativos. Perspectiva histórica, cultural y sociológica*. Barcelona: Octaedro, pp. 161-178.
  - Popper, K.R. (1985). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
  - Pozo, J.A. del (2012). *Competencias profesionales. Herramientas de evaluación: el portafolios, la rúbrica y las pruebas situacionales*. Madrid: Narcea.
  - Puig Rovira, J.M. (1996). *La construcción de la personalidad moral*. Barcelona: Paidós.
  - Pujol, E y González, I.L. (2002). *Valores para la convivencia*. Barcelona. Círculo de Lectores.

## R

- Rico, J. I. (2013). “Educar para la ciudadanía”. En: *Revista del Colegio profesional de Educadores y Educadoras Sociales de Andalucía*. Nº 1-2, pp.115-122.
- Rizvi, F. y Lingard, B. (2013). *Políticas educativas en un mundo globalizado*. Madrid: Morata.
- Rosales, C. (1988). *Didáctica. Núcleos fundamentales*. Madrid: Narcea.
- Russell, B. (1969). *La perspectiva científica*. Barcelona: Ariel.



## S

- Saban, C. (2008). “La educación inicial universitaria en el marco de la formación para el empleo y la enseñanza por competencias. Perspectivas internacionales”. En, García Fraile, J.A.; Saban, C. (coords.), o.c., pp. 29-43.
- Saban, C. (2009). *La educación permanente y la enseñanza por competencias en la Unesco y en la Unión Europea*. Granada: GEU.
- Saban, C. (2012). “Nuevas tecnologías de la información y de la comunicación y atención a la diversidad”. En: Monclús, A. y Saban, C. (coords.), o.c., pp. 59-74.
- Sánchez Delgado, P. (2005). *Enseñar y aprender*. Salamanca: Témpora.
- Sánchez Delgado, P. (2008) “La dimensión sociológica de la educación: reproducción y resistencia”. En Monclús Estella, A. (Coord.) *Educación y sistema educativo*. Madrid: ICE Universidad Complutense, pp.243-263.
- Sánchez Delgado, P.; Gairín, J. (2009). *Planificar la formación en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Madrid: ICE/Universidad Complutense de Madrid.
- Savater, F: (1998). *El valor de educar*. Barcelona: Ariel.
- Schujman, G. (2004) (coord.). *Formación ética y ciudadanía: un cambio de mirada*. Barcelona: Octaedro.
- Shulman, L.S. (1986). "Paradigmas y programas de investigación en el estudio de la enseñanza: una perspectiva contemporánea". En Wittrock, Mc C. (dir). *La investigación de la enseñanza*. Barcelona: Paidós.
- Sinaceur, M.A. (1983) "¿Qué es la interdisciplinariedad?" En VV AA *Interdisciplinariedad y ciencias humanas*. Madrid: Tecnos/UNESCO, pp. 23-31.
- Slee, R. (2012). *La escuela extraordinaria. Exclusión, escolarización y educación inclusiva*. Madrid: Morata.
- Spradley, J.P. (1980). *Observación participante*. Nueva York: Rinehart & Winston.

- Suchodolski, B. (1985). *Educación permanente y creatividad*. París: UNESCO, ED/SCM. (Trad. de A. Monclús).

## T

- Taylor S. y Bogdan R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Tedesco, J.C. (2010). “Educación para la justicia social”. Semana Monográfica de la Educación. Madrid: Fundación Santillana.
- Tiana, A. (2007). “Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos: el sentido de una novedad”. En: *Temas para el debate*, Nº 149, pp. 42-44.
- Tiana, A. (2008). “Deshaciendo equívocos la EpC en el contexto europeo”. En: *Idea La Mancha- Revista de Educación de Castilla-La Mancha*, Nº6, pp.79-84.
- Tiana, A. (2009). “Nuevos desafíos para la educación y la formación en España y en la Unión Europea”. En: *Participación educativa*, Nº 10, pp. 65-73.
- Tiana, A. (2010). “Educación para la ciudadanía y Alianza de civilizaciones”. En: Monclús, A. (2010) (Editor) *El diálogo de las culturas cristiana y musulmana en el marco de la alianza de civilizaciones. Historia y actualidad*. UIMP-Campo de Gibraltar. Granada: G.E.U., pp.151-166.
- Tiana, A. (2011). “The concept of popular education revisited- or what do we talk about when we speak of popular education”. En: *Paedagogica Historica: International journal of the history of education*, Vol.47, Nº 1-2, pp.15-31.
- Tiana, A. (2013). “Los cambios recientes en la formación inicial del profesorado en España: una reforma incompleta”. En: *Revista española de educación comparada*, Nº 22, pp. 39-58.

- Tiana, A. (2013). "Riesgos para la igualdad de oportunidades en la Educación". En: *Temas para el debate*, Nº 227, pp.42-47.
- Torres González, J. A. (2009). "Desde la integración escolar a la educación inclusiva. Nuevas realidades, nuevas necesidades" .En: Gutiez Cuevas, P. (Coord.). *Tendencias actuales en la atención a las necesidades educativas especiales*. Granada: Grupo Editorial Universitario, pp. 13-34.
- Torres Santomé, J. (1991). *El curriculum oculto*. Madrid: Morata.
- Trilla Bernet, J. (1993). *La educación fuera de la escuela: ámbitos no formales y educación social*. Barcelona: Ariel.
- Tröhler, D. y Barbu, R. (comps.) (2012). *Los sistemas educativos. Perspectiva histórica, cultural y sociológica*. Barcelona: Octaedro.

## U

- Unesco (2009). *La educación inclusiva: el camino hacia el futuro*. Ginebra: Oficina Internacional de Educación.
- Unesco (2010). *EPT Informe de seguimiento 2010. Llegar a los marginados*. París: Unesco. Consultado en: [www.unesco.org/es/efareport/reports/2010-marginalization/](http://www.unesco.org/es/efareport/reports/2010-marginalization/).
- Unesco (2011). *Abordando la diversidad socio-cultural a través del currículo. Documento de Discusión del E-Forum 2011*. Ginebra: Oficina Internacional de Educación.
- Unesco (1997). *Quinta Conferencia Internacional sobre Educación de Adultos* (Hamburgo, 14-18 de julio de 1997).París: Unesco.
- Unión Europea (1995). *Libro blanco sobre la educación y la formación. Enseñar y aprender. Hacia la sociedad cognitiva*. Bruselas: Comisión Europea.
- Unión Europea (2000). *Memorándum sobre el aprendizaje permanente*. Madrid: MECD.
- Unesco (2009). *La educación inclusiva: el camino hacia el futuro*. Ginebra: Oficina Internacional de Educación.

- Unesco (2010). *EPT Informe de seguimiento 2010. Llegar a los marginados*. París: Unesco. Disponible en: [www.unesco.org/es/efareport/reports/2010-marginalization/](http://www.unesco.org/es/efareport/reports/2010-marginalization/).
- Unesco (2011). *Abordando la diversidad socio-cultural a través del currículo. Documento de Discusión del E-Forum 2011*. Ginebra: Oficina Internacional de Educación.

## V

- Val Carrasco del, J. (2005). "Fuentes de información sobre drogodependencias en España: una visión histórica". *Revista Española de drogodependencias*, nº 3-4, pp. 353-366.
- Verdugo, M. y Jordán de Urríes (Eds.).(2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amaru.
- Vigotsky, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.
- Von Wright, G.H. (1987). *Explicación y comprensión*. Madrid: Alianza (Primera ed. original de 1971).

## W

- Weber, M. (1988). *Sobre la teoría de las ciencias sociales*. Barcelona: Premiá Editora (Primera ed. original de 1904).

## Y

- Yuren, M. T. (2005). "Educación para la eticidad y la ciudadanía en tiempos de globalización. Una mirada desde México". En Oraison, M. (2005) *Globalización, ciudadanía y educación*. Barcelona: Octaedro, pp. 83-116.

## Z

- Zabala, A. (1999). *Enfoque globalizador y pensamiento complejo*. Barcelona: Graó.

### 8.2. Webgrafía.

Adicciones: <http://www.nuestra-net.com/adicciones>

Adicción y Ciencia: <http://www.adiccionyciencia.info>.

Comisión de Educación de la Unión Europea:

[www.europa.eu/int/comm/education](http://www.europa.eu/int/comm/education)

Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/estrategia.pdf>

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

Federación Andaluza Enlace: [www.f-enlace.org/](http://www.f-enlace.org/)

Federación Andaluza de Municipios y Provincias: [www.famp.es/](http://www.famp.es/)

Federación Andaluza Redes: [www.federacionandaluzaredes.org/](http://www.federacionandaluzaredes.org/)

Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP): <http://www.femp.es>

Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias:

<http://62.81.251.200/fadais/>

Fundación Atenea Grupo Interdisciplinar de Drogas (GID):

[unaf.org/portfolio/fundacion-atenea-grupo-gid/](http://unaf.org/portfolio/fundacion-atenea-grupo-gid/)

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD): <http://www.fad.es>

Fundación Europea para la Formación Profesional (CEDEFOP):  
[www.cedefop.eu.int](http://www.cedefop.eu.int)

Grupo Interdisciplinar sobre drogas (GID): <http://www.grupogid.org>

Instituto para el estudio de las adicciones (IEA): <http://www.ieanet.com>

Instituto de la UNESCO para la Educación Permanente: [www.unesco.org/UIL](http://www.unesco.org/UIL)

Junta de Andalucía. Consejería de Educación:  
<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/>

<http://www.juntadeandalucia.es/organismos/educacionculturaydeporte.html>

Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales:  
<http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadsaludypoliticassociales.htm>  
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp>

Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales:  
Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía:

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia>

Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.  
Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Atención a las  
Drogodependencias e Inclusión Social:

[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia/es/canales/drogodependencias/wfchannel\\_view\\_pub](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia/es/canales/drogodependencias/wfchannel_view_pub)

Junta de Andalucía Educación Permanente:  
[http://www.juntadeandalucia.es/averroes/educacion\\_permanente/nuevo\\_portal/index.php](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/educacion_permanente/nuevo_portal/index.php)

Libro Blanco sobre la Educación de Adultos, (1995): Enseñar y aprender.

Bruselas. Comisión de Comunidades Europeas:

<http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/1libroblanco.htm>

Martínez, M. Educación y ciudadanía activa. OIE. Programas Educación en

Valores: < <http://www.oei.es/valores2/mmartinez.htm>>

Ministerio de Educación: [www.mcu.es/](http://www.mcu.es/)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: [www.msssi.gob.es/](http://www.msssi.gob.es/)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicios Sociales e

Igualdad:

<http://www.msssi.gob.es/ssi/portada/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicios Sociales e

Igualdad. Drogas y conductas adictivas

<http://www.msssi.gob.es/ssi/portada/home.htm>

Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones:

[http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Planes/II\\_PASDA/II\\_PLAN\\_ANDALUZ\\_SOBRE\\_DROGA\\_S\\_Y\\_ADICIONES.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Planes/II_PASDA/II_PLAN_ANDALUZ_SOBRE_DROGA_S_Y_ADICIONES.pdf)

Plan Comarcal sobre Drogas del Campo de Gibraltar:

<http://www.mancomunidaddemunicipioscg.es>

Plan de acción sobre drogas 2005-2008:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlandeAccion2005-2008>

Plan de acción sobre drogas 2009-2012:

[http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009\\_2012.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009_2012.pdf)

Plan de acción sobre drogas 2013-2016:

[http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN\\_ACCION\\_SOBRE\\_DROGAS2013\\_2016.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf)

Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.msc.es/>

Plan Nacional sobre drogas (1985):

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/pnd1985.pdf>

Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía.  
(PEPSA).

[www.juntadeandalucia.es/.../Drogodependencia\\_archivos\\_PEPSA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/.../Drogodependencia_archivos_PEPSA.pdf)

[www.easp.es/pepsa/quienes+somos/evolucion+del+pepsa.htm](http://www.easp.es/pepsa/quienes+somos/evolucion+del+pepsa.htm)

Observatorio Español sobre Drogas (OED):

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm>

Observatorio Europeo de Drogas Y Toxicomanías (OEDT):

<http://www.emcdda.org>

Red de información sobre la educación en Europa: [www.eurydice.org](http://www.eurydice.org)

Revista de Toxicomanías RET: <http://www.usuarios.intercom.es/masba/ret.htm>

Socidrogalcohol: <http://socidrogalcohol.com>

Sociedad Española de Toxicomanías (SET): <http://www.setox.org>

Unad: <http://www.unad.org>







## **CAPÍTULO 9:**

### **ANEXOS**





## Tablas de contingencia planteadas para los profesionales

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P6 Antigüedad * P10 Nivel de satisfacción	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
P6 Antigüedad * P12 ¿Cambiaría de sector poblacional atendido?	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
P6 Antigüedad * P13 Antes de iniciar su trabajo en Comunidad Terapéutica, ¿tenía alguna formación sobre adicciones?	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
P63a Antigüedad_3a * P10 Nivel de satisfacción	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
P63a Antigüedad_3a * P12 ¿Cambiaría de sector poblacional atendido?	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
P63a Antigüedad_3a * P13 Antes de iniciar su trabajo en Comunidad Terapéutica, ¿tenía alguna formación sobre adicciones?	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%

**Contingencia 1: Antigüedad \* Nivel de satisfacción**

			P10 Nivel de satisfacción				Total
			Muy poco satisfecho con mi trabajo	Poco satisfecho con mi trabajo	Satisfecho con mi trabajo	Muy satisfecho con mi trabajo	
P6 Antigüedad	Menos de un años	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Entre 1 y 3 años	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	2 100,0%
	Más de 3 años	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	1 3,1%	1 3,1%	17 53,1%	13 40,6%	32 100,0%
Total		Recuento % dentro de P6 Antigüedad	1 2,8%	1 2,8%	18 50,0%	16 44,4%	36 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,820 <sup>a</sup>	6	,831
Razón de verosimilitudes	3,675	6	,721
N de casos válidos	36		

**Contingencia 2: Antigüedad \* ¿Cambiaría de sector poblacional atendido?**

			P12 ¿Cambiaría de sector poblacional atendido?		Total
			Si	No	
P6 Antigüed.	Menos de un años	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Entre 1 y 3 años	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Más de 3 años	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	10 31,3%	22 68,8%	32 100,0%
Total		Recuento % dentro de P6 Antigüedad	13 36,1%	23 63,9%	36 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,033 <sup>a</sup>	2	,133
Razón de verosimilitudes	4,570	2	,102
N de casos válidos	36		



**Contingencia 3: Antigüedad \* Antes de iniciar su trabajo en Comunidad Terapéutica, ¿tenía alguna formación sobre adicciones?**

			P13 Antes de iniciar su trabajo en Comunidad Terapéutica, ¿tenía alguna formación sobre adicciones?		Total
			Si	No	
P6 Antigüedad	Menos de un año	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Entre 1 y 3 años	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Más de 3 años	Recuento % dentro de P6 Antigüedad	18 56,3%	14 43,8%	32 100,0%
Total		Recuento % dentro de P6 Antigüedad	22 61,1%	14 38,9%	36 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,864 <sup>a</sup>	2	,239
Razón de verosimilitudes	4,254	2	,119
N de casos válidos	36		

### Contingencia 4: Antigüedad 3a \* Nivel de satisfacción

			P10 Nivel de satisfacción				Total
			Muy poco	Poco	Satisfecho	Muy	
			satisfecho con	satisfecho con		satisfecho con	
			mi trabajo	mi trabajo	con mi trabajo	mi trabajo	
P63a Antigüedad_3a	Hasta 3a	Recuento	0	0	1	3	4
		% dentro de P63a	,0%	,0%	25,0%	75,0%	100,0%
		Antigüedad_3a					
	Mas de 3a	Recuento	1	1	17	13	32
		% dentro de P63a	3,1%	3,1%	53,1%	40,6%	100,0%
		Antigüedad_3a					
Total	Recuento	1	1	18	16	36	
	% dentro de P63a	2,8%	2,8%	50,0%	44,4%	100,0%	
	Antigüedad_3a						

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,758 <sup>a</sup>	3	,624
Razón de verosimilitudes	1,949	3	,583
N de casos válidos	36		

**Contingencia 5: Antigüedad\_3a \* ¿Cambiaría de sector poblacional atendido?**

			P12 ¿Cambiaría de sector poblacional atendido?		Total
			Si	No	
P63a Antigüedad_3a	Hasta 3a	Recuento % dentro de P63a Antigüedad_3a	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%
	Mas de 3a	Recuento % dentro de P63a Antigüedad_3a	10 31,3%	22 68,8%	32 100,0%
Total		Recuento % dentro de P63a Antigüedad_3a	13 36,1%	23 63,9%	36 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,950 <sup>a</sup>	1	,086		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,358	1	,244		
Razón de verosimilitudes	2,844	1	,092		
Estadístico exacto de Fisher				,124	,124
N de casos válidos	36				

**Contingencia 6: Antigüedad 3a \* Antes de iniciar su trabajo en Comunidad Terapéutica, ¿tenía alguna formación sobre adicciones?**

			P13 Antes de iniciar su trabajo en Comunidad Terapéutica, ¿tenía alguna formación sobre adicciones?		Total
			Si	No	
P63a Antigüedad_3a	Hasta 3a	Recuento % dentro de P63a Antigüedad_3a	4 100,0%	0 ,0%	4 100,0%
	Mas de 3a	Recuento % dentro de P63a Antigüedad_3a	18 56,3%	14 43,8%	32 100,0%
Total		Recuento % dentro de P63a Antigüedad_3a	22 61,1%	14 38,9%	36 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,864 <sup>a</sup>	1	,091		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,319	1	,251		
Razón de verosimilitudes	4,254	1	,039		
Estadístico exacto de Fisher				,141	,124
N de casos válidos	36				

## Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P5 Puesto de trabajo * P15 ¿Realiza atención directa con personas adictas?	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
P5 Puesto de trabajo * P16 ¿Existe contenido educativo relevante para el proceso terapéutico en su actividad profesional?	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%

### Contingencia 7: Puesto de trabajo \* ¿Realiza atención directa con personas adictas?

			P15 ¿Realiza atención directa con personas adictas?		Total
			Sí, casi toda mi jornada laboral	No	
P5 Puesto de trabajo	Director/a	Recuento % dentro de P5 Puesto de trabajo	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Psicólogo/a	Recuento % dentro de P5 Puesto de trabajo	6 100,0%	0 ,0%	6 100,0%
	Médico/a	Recuento % dentro de P5 Puesto de trabajo	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
	DUE	Recuento % dentro de P5 Puesto de trabajo	4 100,0%	0 ,0%	4 100,0%
	Educador/a	Recuento % dentro de P5 Puesto de trabajo	3 100,0%	0 ,0%	3 100,0%
	Monitor/a	Recuento % dentro de P5 Puesto de trabajo	16 100,0%	0 ,0%	16 100,0%
	Administrativo/a	Recuento % dentro de P5 Puesto de trabajo	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%
	Personal de servicios	Recuento % dentro de P5 Puesto de trabajo	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
Recuento			35	1	36
Total			97,2%	2,8%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,000 <sup>a</sup>	7	,000
Razón de verosimilitudes	9,139	7	,243
N de casos válidos	36		

### Contingencia 8: Puesto de trabajo \* ¿Existe contenido educativo relevante para el proceso terapéutico en su actividad profesional?

			P16 ¿Existe contenido educativo relevante para el proceso terapéutico en su actividad profesional?			Total
			Sí, es la base de mi actuación laboral	Sí, sólo en situaciones determinadas	No, mi actuación no se vincula a los aspectos educativos	
P5 Puesto de trabajo	Director/a	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Psicólogo/a	Recuento	3	3	0	6
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
	Médico/a	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	DUE	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Educador/a	Recuento	3	0	0	3
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Monitor/a	Recuento	14	2	0	16
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	87,5%	12,5%	,0%	100,0%
	Administrativo/a	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Personal de servicios	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
		Recuento	24	11	1	36
		% dentro de P5 Puesto de trabajo	66,7%	30,6%	2,8%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,523 <sup>a</sup>	14	,000
Razón de verosimilitudes	25,067	14	,034
N de casos válidos	36		

## Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P22 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación en valores? * P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía	34	94,4%	2	5,6%	36	100,0%
P24 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía? * P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía	31	86,1%	5	13,9%	36	100,0%



**Contingencia 9: ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación en valores? \* Orden asignado a Valores y Ciudadanía**

			P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía				Total
			1	2	3	4	
P22 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación en valores?	No, porque no es un aspecto fundamental en la acción educativa	Recuento % dentro de P22 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación en valores?	4 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
	Sí, es un aspecto que se trabaja ampliamente que prima sobre otros	Recuento % dentro de P22 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación en valores?	4 25,0%	4 25,0%	3 18,8%	5 31,3%	16 100,0%
	Sólo es una aspecto más a trabajar dentro del programa terapéutico	Recuento % dentro de P22 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación en valores?	2 14,3%	6 42,9%	3 21,4%	3 21,4%	14 100,0%
Total			10 29,4%	10 29,4%	6 17,6%	8 23,5%	34 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,317 <sup>a</sup>	6	,055
Razón de verosimilitudes	12,624	6	,049
N de casos válidos	34		

**Contingencia 10: ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía? \* Orden asignado a Valores y Ciudadanía**

			P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía				Total
			1	2	3	4	
P24 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía?	No, porque no es un aspecto fundamental en la acción educativa	Recuento % dentro de P24 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía?	2 20,0%	5 50,0%	0 ,0%	3 30,0%	10 100,0%
	Sí, es un aspecto que se trabaja ampliamente que prima sobre otros	Recuento % dentro de P24 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía?	3 42,9%	2 28,6%	0 ,0%	2 28,6%	7 100,0%
	Sólo es una aspecto más a trabajar dentro del programa terapéutico	Recuento % dentro de P24 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía?	4 28,6%	3 21,4%	4 28,6%	3 21,4%	14 100,0%
Total		Recuento % dentro de P24 ¿Considera suficiente la intervención educativa que se realiza en educación para la ciudadanía?	9 29,0%	10 32,3%	4 12,9%	8 25,8%	31 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,307 <sup>a</sup>	6	,293
Razón de verosimilitudes	8,716	6	,190
N de casos válidos	31		

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P25 ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario? * P15 ¿Realiza atención directa con personas adictas?	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%

**Contingencia 11: ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario? \* ¿Realiza atención directa con personas adictas?**

25 ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario? \* P15 ¿Realiza atención directa con personas adictas?

			P15 ¿Realiza atención directa con personas adictas?		Total
			Sí, casi toda mi jornada laboral	No	
P25 ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario?	Sí	Recuento % dentro de P25 ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario?	29 100,0%	0 ,0%	29 100,0%
	No	Recuento % dentro de P25 ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario?	6 85,7%	1 14,3%	7 100,0%
Total		Recuento  % dentro de P25 ¿Los conocimientos que usted posee sobre valores y ciudadanía se ven reflejados en su intervención directa con el usuario?	35 97,2%	1 2,8%	36 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,261 <sup>a</sup>	1	,039		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,613	1	,434		
Razón de verosimilitudes	3,397	1	,065		
Estadístico exacto de Fisher				,194	,194
N de casos válidos	36				

**Contingencia 12: ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa? \* ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**

			P30 ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	
			No	Total
P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	Sí	Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	26 100,0%	26 100,0%
	No	Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	9 100,0%	9 100,0%
Total		Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	35 100,0%	35 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	a
N de casos válidos	35

**Contingencia 13: ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa? \* ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?**

			P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?		Total
			Sí	No	
P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	Sí	Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	4 15,4%	22 84,6%	26 100,0%
	No	Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	0 ,0%	9 100,0%	9 100,0%
Total		Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	4 11,4%	31 88,6%	35 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,563 <sup>a</sup>	1	,211		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,413	1	,521		
Estadístico exacto de Fisher				,553	,286
N de casos válidos	35				

**Contingencia 14: ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa? \* Orden asignado a Valores y Ciudadanía**

			P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía				Total
			1	2	3	4	
P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	Si	Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	8 30,8%	7 26,9%	4 15,4%	7 26,9%	26 100,0%
	No	Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	2 22,2%	3 33,3%	3 33,3%	1 11,1%	9 100,0%
Total		Recuento % dentro de P27 ¿Ha recibido formación específica en adicciones para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	10 28,6%	10 28,6%	7 20,0%	8 22,9%	35 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,075 <sup>a</sup>	3	,557
Razón de verosimilitudes	2,089	3	,554
N de casos válidos	35		

**Contingencia 15: ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa? \* Orden asignado a Valores y Ciudadanía**

			P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía				Total
			1	2	3	4	
P30 ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	No	Recuento	9	10	7	8	34
		% dentro de P30 ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	26,5%	29,4%	20,6%	23,5%	100,0%
Total		Recuento	9	10	7	8	34
		% dentro de P30 ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	26,5%	29,4%	20,6%	23,5%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>a</sup>
N de casos válidos	34



**Contingencia 16: ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa? \* Necesidad de formación en valores y ciudadanía como la planteada en ESO y Primaria para los usuarios de Comunidad Terapéutica**

			P37 Necesidad de formación en valores y ciudadanía como la planteada en ESO y Primaria para los usuarios de Comunidad Terapéutica		Total
			Sí	No	
P30 ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	No	Recuento % dentro de P30 ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	28 84,8%	5 15,2%	33 100,0 %
Total		Recuento % dentro de P30 ¿Ha recibido formación específica en ciudadanía para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	28 84,8%	5 15,2%	33 100,0 %

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	a
N de casos válidos	33

**Contingencia 17: ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa? \* Orden asignado a Valores y Ciudadanía**

Tabla de contingencia

			P36a Orden asignado a Valores y Ciudadanía				Total
			1	2	3	4	
P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	Sí	Recuento % dentro de P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	2 50,0%	2 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
	No	Recuento % dentro de P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	8 26,7%	8 26,7%	7 23,3%	7 23,3%	30 100,0%
Total		Recuento % dentro de P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	10 29,4%	10 29,4%	7 20,6%	7 20,6%	34 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,173 <sup>a</sup>	3	,366
Razón de verosimilitudes	4,614	3	,202
N de casos válidos	34		

**Contingencia 18: ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa? \* Necesidad de formación en valores y ciudadanía como la planteada en ESO y Primaria para los usuarios de Comunidad Terapéutica**

			P37 Necesidad de formación en valores y ciudadanía como la planteada en ESO y Primaria para los usuarios de Comunidad Terapéutica		Total
			Sí	No	
P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	Sí	Recuento % dentro de P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	4 100,0%	0 ,0%	4 100,0%
	No	Recuento % dentro de P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	25 83,3%	5 16,7%	30 100,0%
Total		Recuento  % dentro de P33 ¿Ha recibido formación específica en educación en valores para el desempeño de su actividad profesional durante su vinculación con la empresa?	29  85,3%	5  14,7%	34  100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,782 <sup>a</sup>	1	,377		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,018	1	,894		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,512
N de casos válidos	34				

## Tablas de contingencia para usuarios

### Contingencia 1: Número ingresos en los últimos 5 años \* Número de recaídas en los últimos 5 años

Tabla de contingencia P6 Número de ingresos en Comunidad Terapéutica en los últimos 5 años \* P7 Número de recaídas en los últimos 5 años

los últimos 5 años			P7 Número de recaídas en los últimos 5 años			Total
			Ninguna	Entre 1 y 3	Más de 3	
P6 Número de ingresos en Comunidad Terapéutica en los últimos 5 años	Es mi primer ingreso en Comunidad Terapéutica	Recuento % dentro de P6 Número de ingresos en Comunidad Terapéutica en los últimos 5 años	20 37,7%	22 41,5%	11 20,8%	53 100,0%
	Entre 1 y 3 ingresos en Comunidad Terapéutica	Recuento % dentro de P6 Número de ingresos en Comunidad Terapéutica en los últimos 5 años	0 ,0%	20 60,6%	13 39,4%	33 100,0%
	Más de 3 ingresos en Comunidad Terapéutica	Recuento % dentro de P6 Número de ingresos en Comunidad Terapéutica en los últimos 5 años	0 ,0%	3 30,0%	7 70,0%	10 100,0%
Total		Recuento % dentro de P6 Número de ingresos en Comunidad Terapéutica en los últimos 5 años	20 20,8%	45 46,9%	31 32,3%	96 100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,590 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	32,288	4	,000
N de casos válidos	96		

**Contingencia 2: Número de recaídas en los últimos 5 años \* ¿Ha finalizado el programa terapéutico en alguna ocasión?**

			P8 ¿Ha finalizado el programa terapéutico en alguna ocasión?				Total
			Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre	
P7 Número de recaídas en los últimos 5 años	Ninguna	Recuento	19	0	0	2	21
		% dentro de P7 Número de recaídas en los últimos 5 años	90,5%	,0%	,0%	9,5%	100,0%
	Entre 1 y 3	Recuento	20	17	2	4	43
		% dentro de P7 Número de recaídas en los últimos 5 años	46,5%	39,5%	4,7%	9,3%	100,0%
	Más de 3	Recuento	21	5	1	4	31
		% dentro de P7 Número de recaídas en los últimos 5 años	67,7%	16,1%	3,2%	12,9%	100,0%
Total	Recuento		60	22	3	10	95
	% dentro de P7 Número de recaídas en los últimos 5 años		63,2%	23,2%	3,2%	10,5%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,191 <sup>a</sup>	6	,013
Razón de verosimilitudes	20,763	6	,002
N de casos válidos	95		

**Contingencia 3: Número de recaídas en los últimos 5 años \***  
**¿Cuántas veces ha obtenido alta terapéutica?**

			P9 ¿Cuántas veces ha obtenido alta terapéutica?				Total
			Nunca	Alguna vez	Frecuentemen te	Siempre	
P7 Número de recaídas en los últimos 5 años	Ninguna	Recuento	19	0	0	2	21
		% dentro de P7 Número de recaídas en los últimos 5 años	90,5%	,0%	,0%	9,5%	100,0%
	Entre 1 y 3	Recuento	23	16	2	3	44
		% dentro de P7 Número de recaídas en los últimos 5 años	52,3%	36,4%	4,5%	6,8%	100,0%
	Más de 3	Recuento	22	4	0	4	30
		% dentro de P7 Número de recaídas en los últimos 5 años	73,3%	13,3%	,0%	13,3%	100,0%
Total	Recuento		64	20	2	9	95
	% dentro de P7 Número de recaídas en los últimos 5 años		67,4%	21,1%	2,1%	9,5%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,598 <sup>a</sup>	6	,011
Razón de verosimilitudes	20,965	6	,002
N de casos válidos	95		

## Contingencia 4: Participación actividades educativas \* Utilidad actividades

Tabla de contingencia P12 ¿Ha participado en actividades educativas durante su estancia en Comunidades? \*

P15 ¿Cree que esas actividades educativas le serán útiles cuando finalice el programa terapéutico?

			P15 ¿Cree que esas actividades educativas le serán útiles cuando finalice el programa terapéutico?			Total
			Sí	No	No se	
P12 ¿Ha participado en actividades educativas durante su estancia en Comunidades?	Sí	Recuento	79	3	9	91
		% dentro de P12 ¿Ha participado en actividades educativas durante su estancia en Comunidades?	86,8%	3,3%	9,9%	100,0%
	No	Recuento	2	1	1	4
		% dentro de P12 ¿Ha participado en actividades educativas durante su estancia en Comunidades?	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Total		Recuento	81	4	10	95
		% dentro de P12 ¿Ha participado en actividades educativas durante su estancia en Comunidades?	85,3%	4,2%	10,5%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,726 <sup>a</sup>	2	,057
Razón de verosimilitudes	3,414	2	,181
N de casos válidos	95		



**Contingencia 5: ¿Cree que le sirve para su tratamiento todas las actividades que realiza? \* Orientación de las actividades educativas**

			P20 Orientación de las actividades educativas		Total
			su crecimiento personal	su inserción laboral – social	
P17 ¿Cree que le sirve para su tratamiento todas las actividades que realiza?	Sí	Recuento % dentro de P17 ¿Cree que le sirve para su tratamiento todas las actividades que realiza?	67 81,7%	15 18,3%	82 100,0%
	No	Recuento % dentro de P17 ¿Cree que le sirve para su tratamiento todas las actividades que realiza?	7 100,0%	0 ,0%	7 100,0%
Total		Recuento % dentro de P17 ¿Cree que le sirve para su tratamiento todas las actividades que realiza?	74 83,1%	15 16,9%	89 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,540 <sup>a</sup>	1	,215		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,511	1	,475		
Razón de verosimilitudes	2,702	1	,100		
Estadístico exacto de Fisher				,597	,261
N de casos válidos	89				

### Contingencia 6: Orden asignado al área Psicológica \* Orientación de las actividades educativas

			P20 Orientación de las actividades educativas		Total
			su crecimiento personal	su inserción laboral – social	
P19a Orden asignado al área Psicológica	1	Recuento	51	8	59
		% dentro de P19a Orden asignado al área Psicológica	86,4%	13,6%	100,0%
	2	Recuento	8	1	9
		% dentro de P19a Orden asignado al área Psicológica	88,9%	11,1%	100,0%
	3	Recuento	6	3	9
		% dentro de P19a Orden asignado al área Psicológica	66,7%	33,3%	100,0%
	4	Recuento	15	2	17
		% dentro de P19a Orden asignado al área Psicológica	88,2%	11,8%	100,0%
Total		Recuento	80	14	94
		% dentro de P19a Orden asignado al área Psicológica	85,1%	14,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,730 <sup>a</sup>	3	,435
Razón de verosimilitudes	2,238	3	,524
N de casos válidos	94		

**Contingencia 7: Orden asignado al área Educativa \* Orientación de las actividades educativas**

			P20 Orientación de las actividades educativas		Total
			su crecimiento o personal	su inserción laboral – social	
P19b Orden asignado al área Educativa	1	Recuento % dentro de P19b Orden asignado al área Educativa	22 88,0%	3 12,0%	25 100,0 %
	2	Recuento % dentro de P19b Orden asignado al área Educativa	27 84,4%	5 15,6%	32 100,0 %
	3	Recuento % dentro de P19b Orden asignado al área Educativa	19 82,6%	4 17,4%	23 100,0 %
	4	Recuento % dentro de P19b Orden asignado al área Educativa	12 85,7%	2 14,3%	14 100,0 %
Total		Recuento % dentro de P19b Orden asignado al área Educativa	80 85,1%	14 14,9%	94 100,0 %

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
hi-cuadrado de Pearson	,296 <sup>a</sup>	3	,961
Razón de verosimilitudes	,301	3	,960
N de casos válidos	94		

**Contingencia 8: ¿Cree que los procesos formativos - educativos adquiridos durante su estancia en Comunidad Terapéutica le han servido o le servirán para su actividad laboral futura? \* P21 ¿Cuántas veces ha conseguido una inserción laboral al finalizar una estancia en Comunidad en los últimos 5 años?**

P23 ¿Cree que los procesos formativos - educativos adquiridos durante su estancia en Comunidad Terapéutica le han servido o le servirán para su actividad laboral futura? \* P21 ¿Cuántas veces ha conseguido una inserción laboral al finalizar una estancia en Comunidad en los últimos 5 años?

			P21 ¿Cuántas veces ha conseguido una inserción laboral al finalizar una estancia en Comunidad en los últimos 5 años?			Total
			Al menos una vez	Más de una vez	Nunca	
P23 ¿Cree que los procesos formativos - educativos adquiridos durante su estancia en Comunidad Terapéutica le han servido o le servirán para su actividad laboral futura?	Sí	Recuento	10	14	53	77
		% dentro de P23 ¿Cree que los procesos formativos - educativos adquiridos durante su estancia en Comunidad Terapéutica le han servido o le servirán para su actividad laboral futura?	13,0%	18,2%	68,8%	100,0%
	No	Recuento	1	1	8	10
		% dentro de P23 ¿Cree que los procesos formativos - educativos adquiridos durante su estancia en Comunidad Terapéutica le han servido o le servirán para su actividad laboral futura?	10,0%	10,0%	80,0%	100,0%
Total			11	15	61	87
			12,6%	17,2%	70,1%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,564 <sup>a</sup>	2	,754
Razón de verosimilitudes	,616	2	,735
N de casos válidos	87		

**Contingencia 9: ¿Conoce el sentido de la palabra valores? \***  
**¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?**

**Tabla de contingencia P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores? \* P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?**

			P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?		Total
			Sí	No	
P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	Sí	Recuento	74	13	87
		% del total	79,6%	14,0%	93,5%
	No	Recuento	1	5	6
		% del total	1,1%	5,4%	6,5%
Total		Recuento	75	18	93
		% del total	80,6%	19,4%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,820 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	12,723	1	,000		
Razón de verosimilitudes	12,602	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
N de casos válidos	93				

**Contingencia 10: ¿Conoce el sentido de la palabra valores? \***  
**¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?**

			P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?		Total
			Sí	No	
P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	Sí	Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	70 80,5%	17 19,5%	87 100,0%
	No	Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	0 ,0%	5 100,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	70 76,1%	22 23,9%	92 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,823 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	12,692	1	,000		
Razón de verosimilitudes	15,264	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
N de casos válidos	92				



**Contingencia 11: ¿Conoce el sentido de la palabra valores? \* ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico?**

			P35 ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico?		Total
			Sí	No	
P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	Sí	Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	83 94,3%	5 5,7%	88 100,0 %
	No	Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	6 100,0%	0 ,0%	6 100,0 %
Total		Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	89 94,7%	5 5,3%	94 100,0 %

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,360 <sup>a</sup>	1	,548		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,678	1	,410		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,714
N de casos válidos	94				

**Contingencia 12: ¿Conoce el sentido de la palabra valores? \* ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico si tuviese una recaída?**

			P36 ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico si tuviese una recaída?		Total
			Sí	No	
P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	Sí	Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	47 54,0%	40 46,0%	87 100,0%
	No	Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	4 80,0%	1 20,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?	51 55,4%	41 44,6%	92 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,292 <sup>a</sup>	1	,256		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,454	1	,500		
Razón de verosimilitudes	1,402	1	,236		
Estadístico exacto de Fisher				,376	,256
N de casos válidos	92				

**Contingencia 13: ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía? \***  
**¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?**

			P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?		Total
			Sí	No	
P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	65 84,4%	12 15,6%	77 100,0%
	No	Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	6 37,5%	10 62,5%	16 100,0%
Total		Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	71 76,3%	22 23,7%	93 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,145 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	13,652	1	,000		
Razón de verosimilitudes	13,949	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	93				

**Contingencia 14: ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía? \*  
¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos  
como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico?**

			P35 ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico?		Total
			Sí	No	
P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	74 96,1%	3 3,9%	77 100,0%
	No	Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	16 88,9%	2 11,1%	18 100,0%
Total		Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	90 94,7%	5 5,3%	95 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,523 <sup>a</sup>	1	,217		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,420	1	,517		
Razón de verosimilitudes	1,266	1	,261		
Estadístico exacto de Fisher				,239	,239
N de casos válidos	95				

**Contingencia 15: ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía? \***  
**¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico si tuviese una recaída?**

			P36 ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico si tuviese una recaída?		Total
			Sí	No	
P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	43 56,6%	33 43,4%	76 100,0%
	No	Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	9 52,9%	8 47,1%	17 100,0%
Total		Recuento % dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	52 55,9%	41 44,1%	93 100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,075 <sup>a</sup>	1	,785		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	,998		
Razón de verosimilitudes	,074	1	,785		
Estadístico exacto de Fisher				,794	,496
N de casos válidos	93				

**Contingencia 16: ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía? \*  
¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa  
como tal? \* ¿Conoce el sentido de la palabra valores?**

Tabla de contingencia

				P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?		Total
				Sí	No	
P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?						
Sí	P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento	63	11	74
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	85,1%	14,9%	100,0%
		No	Recuento	6	6	12
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		Recuento	69	17	86
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	80,2%	19,8%	100,0%
No	P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento		1	1
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?		100,0%	100,0%
		No	Recuento		4	4
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?		100,0%	100,0%
	Total		Recuento		5	5
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?		100,0%	100,0%
Total	P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento	63	12	75
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	84,0%	16,0%	100,0%
		No	Recuento	6	10	16
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	37,5%	62,5%	100,0%
	Total		Recuento	69	22	91
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	75,8%	24,2%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Sí	Chi-cuadrado de Pearson	8,037 <sup>a</sup>	1	,005		
	Corrección por continuidad <sup>b</sup>	5,974	1	,015		
	Razón de verosimilitudes	6,663	1	,010		
	Estadístico exacto de Fisher				,011	,011
	N de casos válidos	86				
No	Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>c</sup>				
	N de casos válidos	5				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	15,555 <sup>d</sup>	1	,000		
	Corrección por continuidad <sup>b</sup>	13,121	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	13,543	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
	N de casos válidos	91				

**Contingencia 17: ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía? \*  
 ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico? \* ¿Conoce el sentido de la palabra valores?**

Tabla de contingencia				P35 ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico?		Total
P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?				Sí	No	
Sí	P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento	71	3	74
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	95,9%	4,1%	100,0%
	No	Recuento	11	2	13	
		% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	84,6%	15,4%	100,0%	
	Total	Recuento	82	5	87	
		% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	94,3%	5,7%	100,0%	
No	P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento	1		1
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	100,0%		100,0%
	No	Recuento	5		5	
		% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	100,0%		100,0%	
	Total	Recuento	6		6	
		% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	100,0%		100,0%	
Total	P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	Sí	Recuento	72	3	75
			% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	96,0%	4,0%	100,0%
	No	Recuento	16	2	18	
		% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	88,9%	11,1%	100,0%	
	Total	Recuento	88	5	93	
		% dentro de P27 ¿Conoce el sentido de la palabra ciudadanía?	94,6%	5,4%	100,0%	



## Pruebas de chi-cuadrado

P24 ¿Conoce el sentido de la palabra valores?		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Sí	Chi-cuadrado de Pearson	2,621 <sup>a</sup>	1	,105		
	Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,946	1	,331		
	Razón de verosimilitudes	2,000	1	,157		
	Estadístico exacto de Fisher				,159	,159
	N de casos válidos	87				
No	Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>c</sup>				
	N de casos válidos	6				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	1,443 <sup>d</sup>	1	,230		
	Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,384	1	,536		
	Razón de verosimilitudes	1,208	1	,272		
	Estadístico exacto de Fisher				,247	,247
	N de casos válidos	93				

**Contingencia 18: ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal? \* ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico?**

			P35 ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico?		Total
			Sí	No	
P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?	Sí	Recuento % dentro de P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?	72 98,6%	1 1,4%	73 100,0 %
	No	Recuento % dentro de P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?	18 81,8%	4 18,2%	22 100,0 %
Total		Recuento % dentro de P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?	90 94,7%	5 5,3%	95 100,0 %

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,583 <sup>a</sup>	1	,002		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	6,508	1	,011		
Razón de verosimilitudes	7,747	1	,005		
Estadístico exacto de Fisher				,010	,010
N de casos válidos	95				

**Contingencia 19: ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal? \* ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico si tuviese una recaída?**

			P36 ¿Cree que sería capaz de hacer un uso responsable de sus derechos como ciudadano cuando finalice el proceso terapéutico si tuviese una recaída?		Total
			Sí	No	
P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?	Sí	Recuento % dentro de P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?	46 63,9%	26 36,1%	72 100,0 %
	No	Recuento % dentro de P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?	7 31,8%	15 68,2%	22 100,0 %
Total		Recuento % dentro de P34 ¿Conoce sus derechos como ciudadano y participa de manera activa como tal?	53 56,4%	41 43,6%	94 100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,048 <sup>a</sup>	1	,008		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	5,804	1	,016		
Razón de verosimilitudes	7,070	1	,008		
Estadístico exacto de Fisher				,013	,008
N de casos válidos	94				